Nr. 40. 3. października 1926 Rok V.

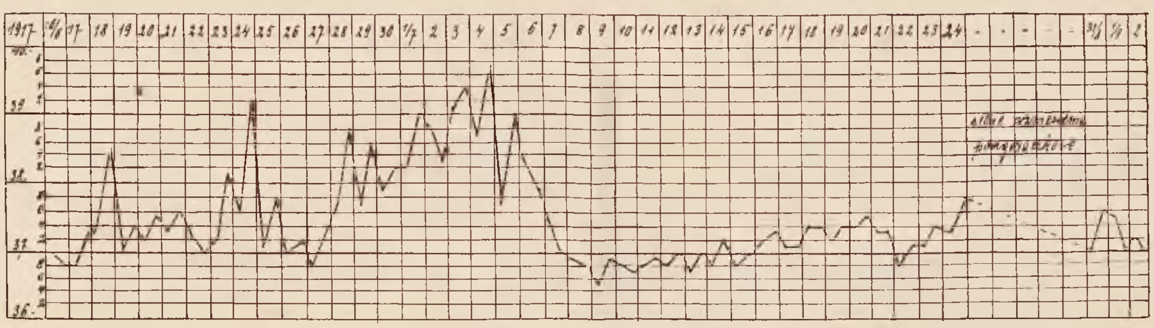
POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. T. TEMPKA. Kraków.

W sprawie przynależności wzajemnej napadowego, durowatego i poronnego przebiegu ciepłoty w „gorączce wołyńskiej".

Notatka niniejsza jest uzupełnieniem mojej pracy „O gorączce wołyńskiej" ogłoszonej w r. 1917 w Przeglądzie lekarskim. W pracy tej przedstawiłem wszechstronnie całokształt tego cierpienia, tak na podstawie własnych obszernych spostrzeżeń, jak i zebranych z piśmiennictwa. Wobec tego, że zarazek tego schorzenia jest do dziś dnia nieznany, pozostaje zasadniczą cechą cierpienia przebieg gorączki, nietylko pod względem klinicznym, ale i rozpoznawczym. Wszystkie inne objawy nie wyłączając wyniku badania krwi, nie mają w sobie nic swoistego. Ale opieranie się jedynie na samym przebiegu gorączki zawodziło i zawodzi dlatego, że może on okazywać szereg mniej lub więcej wybitnych zboczeń od klasycznej postaci cechującej się jak wiadomo napadami gorączki mniej więcej co 5 dni. To było przyczyną, że zaczęto odróżniać rozmaite typy przebiegu gorączki wołyńskiej. Najbardziej znany i, zdaniem mojem, najsłuszniejszy jest podział wprowadzony przez Jungmanna i Kuczyńskiego (D. m. W. 1917 nr. 12), który oprócz ostrej postaci napadowej, rozróżnia jeszcze postać durowatą i poronną. Postać durowata ma 2 odmiany, mianowicie w pierwszej typowe napady przechodzą zwolna w gorączkę ciągłą, zwalniającą lub przepuszczającą, w drugiej zaś gorączka ciągła, lub zwalniająca spada do poziomu prawidłowego, po paru zaś dniach bezgorączkowych rozpoczyna się okres typowych napadów, jak w postaci ostrej. Ponym stojącym na ich stanowisku, przyznać bezwzględną słuszność. odnośnie do przypadków, gdzie mamy przed sobą już to odosobniony durowaty lub poronny przebieg ciepłoty, lub też nawet połączenie jednego z drugim. Jednakże zdaniem mojem byłoby nieuzasadnione stanowisko, wykluczające wogóle możliwość przynależności tego rodzaju gorączek do obrazu gorączki wołyńskiej. Do ogłoszenia tej notatki skłoniła mnie właśnie możność udowodnienia, że wszystkie trzy rodzaje gorączek rozróżniane przez Jungmanna i Kuczyńskiego, mogą występować w jednym i tymsamym przypadku. Mianowicie już po ogłoszeniu wspomnianej pracy dostał się w moje leczenie (austrjacki szpital polowy 109. na froncie wołyńskim) honved I. S. z rozpoznaniem *„Rheumatismus und Bronchitis"*. Jak widać z załączonej krzywej gorączki (którą dopiero niedawno odnalazłem przypadkowo w moich notatkach) przebył on w pierwszych dniach pobytu w szpitalu dwa typowe napady gorączki wołyńskiej. Na 4. dzień licząc od szczytu ostatniego napadu wystąpił 9-dniowy okres gorączki, dochodzącej do 39.7° C, o typie przeważnie zwalniającym, dając obraz postaci durowatej. Po tym okresie durowatym przychodzi 6-dniowy okres bezgorączkowy, po którym następuje 52-dniowy okres (chorego musiałem w tym czasie odesłać w głąb kraju z powodu cofania się frontu), z niejednostajnemi wzniesieniami gorączkowemi, dochodzącemi czasem do 37.8° C. przeważnie jednak nie przekraczającemi 37.5° C; mamy więc przed sobą postać poronną. Te niemiarowe wzniesienia okazują jednak pewną okresowość w ten sposób, że po szeregu dni podgorączkowych występuje 1—3 dniowy okres bezgorączkowy. W czasie całego spostrzegania szpitalnego okazywał chory wszystkie objawy opisywane jako charakterystyczne dla gorączki wołyńskiej, zwłasz-



stać poronna odznacza się podgorączkowemi wzniesieniami ciągnącemi się przez całe tygodnie; niekiedy gorączka jest przedzielona szeregiem dni bezgorączkowych, względnie z obniżeniem gorączki, tak, że i tutaj stwierdzamy pewną okresowość. Za przynależnością do siebie tych rozmaitych postaci gorączkowych przemawia ta okoliczność, że często widzimy przechodzenie jednej postaci w drugą. O ile stwierdzamy właśnie takie przejście postaci napadowej w gorączce o typie durowatym względnie poronnym, lub naodwrót — natenczas przynależność okresu gorączkowego durowatego lub poronnego do obrazu gorączki wołyńskiej nie ulega wątpliwości i nie nastręcza żadnych trudności. Natomiast o ile mamy przed sobą przypadek przedstawiający tylko postać gorączki durowatej, lub poronnej, a nawet i połączenie obu tych postaci — natenczas ze względu na nieznajomość zarazka gorączki wołyńskiej i brak charakterystycznych objawów klinicznych tego cierpienia — rozstrzygnięcie co do przynależności tego rodzaju gorączek do gorączki wołyńskiej będzie niemożliwe, lub bardzo dowolne. Nic też dziwnego, że podział Jüngmanna i Kuczyńskiego został zaatakowany między innymi przez Wernera (Ergebn. d. ges. Med. I. tom str. 190) i Fr. Munka (Spez. Path. u. Ther. inn. Krankh. — Kraus-Brugsch, II tom, III. część. str. 371). Podnoszą oni zarzut, że tak szerokie ujęcie obrazu chorobowego gorączki wołyńskiej jest nieuzasadnione ze względu na nieznajomość jej zarazka, jak i niepewną symptomatologję. Jest cały szereg obrazów chorobowych o nietypowej gorączce n. p. grypa, odczyn po szczepieniach ochronnych i i., które, przy takiem postawieniu sprawy mogłyby być mylnie zaliczone do gorączki wołyńskiej. I rzeczywiście należy Wernerowi, Munkowi i wszystkim inca silne bóle podudzi, tak, że musiałem przyjąć, iż mam przed sobą gorączkę wołyńską okazującą u tego samego osobnika kolejno trzy odmienne typy ciepłoty. W ogłoszonych dotychczas w piśmiennictwie krzywych gorączki wołyńskiej, stwierdza się wprawdzie często występowanie 2 typów gorączki naraz t. j. przejście gorączki napadowej w durowatą, lub poronną, lecz nigdzie nie występują 3 postacie gorączki u tego samego osobnika i to w sposób tak wybitny i przejrzysty jak w moim przypadku. Jest on też dowodem, że odróżnianie przez Jungmanna i Kuczyńskiego tych trzech postaci gorączki wołyńskiej jest w zupełności uzasadnione. Rzecz prosta jednak, że — jak długo nie znamy zarazka gorączki wołyńskiej — rozpoznanie odosobnionych postaci durowatych, lub poronnych będzie niemożliwe, zwłaszcza obecnie, gdy gorączka wołyńska przestała istnieć jako choroba nagminna.

Analiza krzywej tu przytoczonej poucza nas również o mechaniźmie powstawania postaci durowatej, przynajmniej w części przypadków. Widzimy mianowicie, że okres między dwoma typowemi napadami nie jest bezgorączkowy, lecz jest wypełniony wzniesieniami od 37.4—38.2° C. Wystarczy sobie uzmysłowić podniesienie się jeszcze wyżej tych wzniesień, aby powstał 8-dniowy okres durowaty. Przypatrzywszy się dokładnie drugiemu okresowi krzywej t. j. okresowi durowatemu. stwierdzamy, że powstał on rzeczywiście w ten sposób, mianowicie między najwyższem początkowem a końcowem wzniesieniem gorączkowem tego okresu istnieje okres 5 dniowy, który został wypełniony wzniesieniami gorączkowemi, tworząc w ten sposób okres durowaty.

W. KOSKOWSKI i A. ZAKRZEWSKI. Lwów.

Badania nad zachowaniem się białych ciałek krwi w czasie wstrząsu hemoklazycznego i peptonowego.

(Z Zakładu Farmakologji doświadczalnej U. J. K. we Lwowie).

Znaną jest rzeczą, że wstrzyknięcie dożylne u psów peptonu Wittego, wprowadzenie do żołądka wody lodowej i t. p. sprowadza, poza szeregiem zjawisk humoralnych, zmianę w ilości i wzajemnem ustosunkowaniu białych ciałek krwi. Powstaje przedewszystkiem leukopenja, której przyczyna we wrząsach hemoklazycznym, peptonowym i anafilaktycznym częściowo została już wyjaśniona. Powstaje jednak też i odwrócenie wzoru leukocytarnego. Limfocyty zjawiają się w dużej ilości i stanowią w czasie wstrząsu większość wśród białych ciałek krwi. Limfocytoza ta, jak wykazaliśmy poprzednio wspólnie z Kmietowiczem, jest czynna czyli bezwzględna i polega na wzmożonem przelaniu się limfocytów, przedewszystkiem z limfy do ogólnego krążenia.

Dalszą fazą wstrząsu jest leukocytoza i wreszcie przejście obrazu krwi do normy.

W pracy niniejszej zajęliśmy się zmianami, które powstają w czasie wstrząsu hemoklazycznego i peptonowego we wzajemnem ustosunkowaniu się ciałek białych tak pod względem ilościowym jak i jakościowym. Celem stworzenia dokładnego obrazu zjawisk zachodzących trzeba wziąć pod uwagę nie tylko zmiany zachodzące we krwi samej lecz i w narządach krwiotwórczych. Zwróciliśmy przeto w doświadczeniach naszych uwagę na przebieg zmian w samej krwi i równolegle z tem we krwi szpiku kostnego. Dopiero zestawienie tych dwóch obrazów morfotycznych pozwala na łączenie przyczynowe zmian zachodzących.

M e t o d y k a d o ś w i a d c z e ń. Do badań użyliśmy psów pozostających naczczo od ośmnastu godzin. Stosowaliśmy narkozę chloralozową. Odpreparowywaliśmy, jak zwykle, tętnicę i żyłę udową dla pobierania krwi i wstrzykiwania wśródżylnego oraz łączyliśmy tętnicę dogłowową z kymografionem. Krew szpikową otrzymywaliśmy z delikatnie wywierconego otworu wąskiego w jednej z kości dłukich kończyny tylnej. Do operacji tej używano wąskiego trepana, zwracano przytem uwagę, by nie uszkodzić szpiku i nie wystawiać go na działanie wpływów zewnętrznych. Dla kontroli zapisywano ciśnienie krwi. W odpowiednich okresach czasu pobierano jednocześnie krew z tętnicy udowej i krew szpikową przed i w różnych okresach wstrząsu. Obliczano ilość ogólną białych ciałek krwi oraz sporządzano preparaty rozcierane, które barwiono, po 24 godzinach, sposobem May-Gruenwald-Giemsa.

W y n i k i d o ś w i a d c z e ń. Wyniki wielu doświadczeń naszych ilustrują najlepiej tablice, z których przytaczamy dwie jako najbardziej typowe.

Opierając się na wynikach obliczeń ilościowych oraz na ocenie preparatów rozciąganych stwierdziliśmy, że leukopenja, która zjawia się w czasie wstrząsu we krwi szpikowej nie posiada żadnego znaczenia w ogólnem zjawisku zmniejszania się ilości białych ciałek we krwi. Jest ona mniej wyraźna, aniżeli we krwi ogólnej a pozatem zjawia się zawsze później. Istnieje więc n i e s p ó ł m i e r n o ś ć i n i e w s p ó ł c z e s n o ś ć leukopenji krwi ogólnej i krwi szpikowej.

Ciekawszem jednak zjawiskiem ze względu na związek istniejący między krwią a szpikiem przedstawia leukocytoza. Faktem jest, że po okresie wstrząsu, a raczej ściśle biorąc po okresie leukopenji, zaznacza się silna produkcja białych ciałek krwi w szpiku, wiodąca do leukocytozy. Zjawiają się postaci młode — neutrofile pałeczkowe i neutrofile młode — których liczba spadając po zadziałaniu bodźca wstrząsowego, nagle potem rośnie i przekracza kilkakrotnie ilość początkową we krwi, względnie w szpiku normalnym. Następuje zatem „odmładzanie" leukocytów, lecz, co ciekawsze, że ta faza odmładzania p o p r z e d z a f a z ę w z m o ż e n i a s i ę o g ó l n e j l i c z b y l e u k o c y t ó w. Leukocytoza ilościowa zjawia się dopiero jako faza następna odmładzania.

Neutrofile dojrzałe, których ilość wydatnie maleje w okresie leukopenji wracają stopniowo do ilości pierwotnej, a postaci młode

TABLICA I

DOŚWIADCZENIE III.
K r e w z t ę t n i c y u d o w e j.

	Neutrofilów segmentowan.	Neutrofilów pałeczkowych	Neutrofilów młodych	Leukocytów kwasochłonn.	Leukocytów zasadochłonn.	Lymfocytów małych	Lymfocytów dużych	Ciałek przejściowych	Ciałek jednojądrzast.	Myeloblastów	Myelocytów obojętnochłonn.	Myelocytów kwasochłonn.	Myelocytów zasadochłonn.	Megaloblastów	Normoblastów	U w a g i
Krew I	72 00	4·25	1·00	0·75	—	19 75	0·50	0·75	1·00	—	—	—	—	—	—	
Krew II	71·75	3·50	1·25	0·25	—	19·75	1·00	2·00	0·50	—	—	—	—	—	—	
Krew III	20·6	1·6	1·6	1·6	—	69 2	1·1	2·7	1·6	—	—	—	—	—	1/185	b. silna leukopenia
Krew IV	27·5	4·1	1·4	2·8	—	61·0	0·9	1·8	0·5	—	—	—	—	1/208	2/208	silna leukopenia
Krew V	32·9	6·3	3·4	2·2	0·6	51·0	0·9	1·8	0·9	—	—	—	—	1/320	6/320	leukopenia
Krew VI	35·75	17·25	4·25	0·75	0·25	39·25	0·5	0·75	1·25	—	—	—	—	—	6/400	

DOŚWIADCZENIE III.
K r e w s z p i k o w a:

	Neutrofilów segmentowan	Neutrofilów pałeczkowych	Neutrofilów młodych	Leukocytów kwasochłonn.	Leukocytów zasadochłonn.	Lymfocytów małych	Lymfocytów dużych	Ciałek przejściowych	Ciałek jednojądrzast.	Myeloblastów	Myelocytów obojętnochłonn.	Myelocytów kwasochłonn.	Myelocytów zasadochłonn.	Megaloblastów	Normoblastów	U w a g i
Krew I	30·00	22·50	7·00	1·50	0·25	29·00	1·25	3·00	1·75	2·25	1·25	0·25	—	119/400	210/400	
Krew II	44·00	16·75	4·25	1·75	0·25	26·00	1·00	1 50	1·50	2 25	0·75	—	—	23/400	41/400	
Krew III	37·75	22·00	7·75	1·75	—	20·25	1·25	2·50	1·75	3·50	0·75	0·50	0·25	15/400	44/400	
Krew IV	28 50	37·25	4·00	2·25	—	24·50	0·50	1·25	1 25	0·25	0 25	—	—	3/400	10/400	leukopenia
Krew V	16 50	50·50	7·25	2·25	0·25	16·25	1·00	2·25	2·00	0·75	1·00	—	—	—	6/400	
Krew VI	18·00	47·00	3·50	1·75	—	22·25	1·75	1·25	2 00	1·50	1·00	—	—	2/400	13/400	

TABLICA II.

DOŚWIADCZENIE IV.
Krew z tętnicy udowej.

	Neutrofilów segmentowan.	Neutrofilów pałeczkowych	Noutrofilów młodych	Leukocytów kwasochłonn.	Leukocytów zasadochłonn.	Lymfocytów małych	Lymfocytów dużych	Ciałek przejściowych	Ciałek jednojądrzast.	Myeloblastów	Myelocytów obojętnochłonn	Myelocytów kwasochłonn.	Myelocytów zasadochłonn.	Megaloblastów	Normoblastów	Uwagi
Krew I	64·50	12·00	3·25	1·75	—	15·50	1·50	1·00	0·50	—	—	—	—	—	—	
Krew II	43·25	11·75	3·75	3·00	—	34·75	1·75	1·25	0·50	—	—	—	—	—	—	leukopenia
Krew III	18·30	12·50	1·70	0·80	—	60 80	2·90	1·70	1·30	—	—	—	—	1/240	1/240	silna leukopenia
Krew IV	20·75	53·50	4·75	0·75	—	17·75	0·50	1·00	1·00	—	—	—	—	1/400	7/400	
Krew V	34·50	53·25	2·75	0·50	—	7 25	0·75	0·50	0·50	—	—	—	—	—	3/400	leukocytoza

DOŚWIADCZENIE IV.
Krew szpikowa.

	Neutrofilów segmentowan	Neutrofilów pałeczkowych	Neutrofilów młodych	Leukocytów kwasochłonn.	Leukocytów zasadochłonn.	Lymfocytów małych	Lymfocytów dużych	Ciałek przejściowych	Ciałek jednojądrzast.	Myeloblastów	Myelocytów obojętnochłonn.	Myelocytów kwasochłonn.	Myelocytów zasadochłonn.	Megaloblastów	Normoblastów	Uwagi
Krew I	56·50	14·75	5·75	2·00	—	15·50	1·00	1·50	1·75	1·00	—	0·25	–	7/400	9 400	
Krew II	73 75	11·75	1·00	0·75	—	10 75	1·00	0·50	0·25	0 25	—	—	—	—	6 400	
Krew III	42·00	21·00	6 40	0·40	—	26·80	0·80	1·40	0·80	—	0·40	—	—	—	10/219	leukopenia
Krew IV	25 00	47·50	4·00	1·75	0·25	17·75	1·00	1·50	1·25	—	—	—	—	1/400	13/400	
Krew V	44·00	41·00	3·25	—	–	9·50	1·25	0·25	0·75	—	—	—	—	—	6/400	leukocytoza

produkowane przez szpik kostny w następstwie zadziałania bodźców wstrząsowych tworzą tę nadwyżkę, której wyrazem zewnętrznym staje się w końcu leukocytoza ilościowa. Obserwacja kolejnych zmian obrazów w ilości i ustosunkowaniu się elementów morfotycznych krwi i szpiku w czasie wstrząsu hemoklazycznego i peptonowego pozwala stwierdzić, że elementy komórkowe dojrzałe ulegają zatrzymaniu (może też częściowemu rozpadowi) w różnych narządach ustroju, (problemem tym zajmowaliśmy się gdzieindziej), a następnie wracają do ogólnego krążenia. Leukocyty młode natomiast tworzą przyrost świeży wyprodukowany wskutek działania bodźców na szpik kostny względnie układ leukoblastyczny. Suma tych dwóch grup ciałek w efekcie końcowym tworzy leukocytozę ilościową zjawiającą się stale, po okresie leukopenji wstrząsowej.

Wnioski. O końcu leukopenji w czasie wstrząsu hemoklazycznego (bodziec słaby) lub peptonowego (bodziec silny) nie świadczy ogólne wzmożenie ilości białych ciałek krwi we krwi ogólnej lub szpikowej. O końcu fazy leukopenji świadczy zjawianie się postaci młodych leukocytów, wyprzedzające wyraźnie fazę leukocytozy ilościowej. „Odmładzanie" jest więc pierwszym efektem reakcji morfotycznej powstającej po zmianach humoralnych wstrząsu.

FELICJA ROZEN. Łódź.

Zmiany napięcia powierzchniowego moczu w przebiegu suchot płuc.

Z oddziału wewnętrznego szpitala fund. Poznańskich w Łodzi.

Napięcie powierzchniowe moczu, jak i wszystkich cieczy tkankowych, jest niższe od napięcia powierzchniowego wody. Na napięcie powierzchniowe tych cieczy wpływają roztwory ciał organicznych, nieorganicznych, jak i ciała koloidalne w ich skład wchodzące; jest więc ono wypadkową tych wszystkich składników. Obniżenie napięcia powierzchniowego moczu w stosunku do wody, jak wykazały badania Frenkel'a, oraz Cluset'a (cyt. według Neuberga) jest powodowane obecnością składników organicznych, gdyż składniki nieorganiczne, jak NaCl, wpływają tylko nieznacznie na roztwory, w których się znajdują. Napięcie powierzchniowe, jak wynika z tablic podanych przez Donan'a, jest w stosunku odwrotnym do jego ciężaru gatunkowego. Obniżenie się nap. powierzchn. jest w ścisłej zależności od stężenia moczu; dlatego też w warunkach normalnych ulega dużym wahaniom w ciągu doby. Ta ścisła zależność, istniejąca między napięciem powierzchniowem, a gęstością moczu, daje się wytłumaczyć tem, iż składniki, które w warunkach normalnych najwięcej wpływają na gęstość moczu, są ciałami również obniżającemi nap. powierzchniowe moczu. Tę ścisłą zależność nap. powierzchniowego od gęstości podkreśla Adlersberg (z kliniki Wenkenbacha) w swych ostatnich pracach. Autor ten, przeprowadzając cały szereg badań nad wahaniami dobowemi nap. powierzchniowego przychodzi do przekonania, iż krzywa wahań nap. jest odbiciem zwierciadlanem krzywych wahań ciężarów gatunkowych. Tylko w niektórych stanach patologicznych, jak np. przy schorzeniach wątroby, związanych z obecnością składników żółci w moczu, mamy silne obniżenie nap. powierzchniowego, nie wzmagające się przy zwiększaniu się gęstości moczu.

Badania nad nap. powierzchn. cieczy tkankowej w różnych schorzeniach były zapoczątkowane przez Traubego, kontynuowane przez Biekel'a, Ascoliego'o, Izara i innych.

Autorowie ci zgodnie stwierdzili obniżenie się nap. pow. w takich schorzeniach, jak rak, schorzenia żółtaczkowe, zapalenia nerek, gruźlica rozpadowa płuc oraz stany daleko posuniętego charłactwa. To obniżenie się w warunkach patologicznych może być powodowane w jednej grupie schorzeń, jak schorzenia wątroby, nerek — przedostawaniem się do moczu ciał powierzchniowo czynnych, jak składniki żółci albo białko. W tych przypadkach przyczy-

na obniżenia się napięcia powierzchniowego jest jasna i nie wymaga dalszych komentarzy.

Trudniej jest sobie wytłumaczyć obniżenie się napięcia powierzchn. np. w przebiegu raka lub w postaciach rozpadowych gruźlicy płuc. Bechhold i Reiner obniżenie się nap. powierzchn. w tych schorzeniach uzależniają od obecności t. zw. „stalagmonów“, do których zaliczają albumozy, peptony, kwasy oksyproteinowe. Zwiększona ilość tych ciał, stwierdzona doświadczalnie przy raku przez Salomona i Saxla, ma występować w wyżej wymienionych schorzeniach naskutek wzmożonego rozpadu białka. Jako dowód na poparcie swego przypuszczenia przytaczają powyżej wymienieni autorzy wyniki swych badań, według których w początkowych okresach tych schorzeń, kiedy do daleko posuniętego rozpadu tkanek jeszcze nie doszło, napięcie powierzchn. moczu obniżone nie jest. Adlersberg dołącza do tych schorzeń chorobę Basedowa, przy której mamy przyśpieszoną przemianę ciał białkowych.

Ciekawe są badania porównawcze Szemeńskiego o stosunku między obniżaniem się nap. powierzchniowego a szybkością opadania krwinek. Stwierdza on bowiem, iż w tych schorzeniach, w których mamy obniżone nap. powierzchn. mamy też naskutek wzmożonego rozpadu białka tkankowego i przyśpieszoną sedymentację. Ta ścisła zależność pozwala Szemenskiemu wyciągnąć wniosek, iż przyśpieszone opadanie krwinek i obniżone nap. powierzchn. moczu są zależne od jednej i tej samej przyczyny. Autorowi nasuwa się przypuszczenie, iż te same *„stalagmony“*, których obecność w moczu ma powodować obniżenie nap. powierzchniowego, zanim przedostaną się do moczu, znajdując się jeszcze we krwi, mogą wpływać na przyśpieszenie opadania krwinek. Opierając się na badaniach Höbera, który przyśpieszoną sedymentację uzależnia od pozbawienia krwinek czerwonych ich ładunku elektrycznego, autor wyraża mniemanie, iż tą substancją mogłyby być *„stalagmony“*, jako ciała o charakterze amforycznym.

* * *

Badania moje nad nap. powierzchn. moczu chorych na gruźlicę płuc przeprowadzałem na oddziale wewn. w szpit. fund. Poznańskich. Badania przeprowadziłam u czterdziestu pięciu chorych; ogółem badań miałam około stu czterdziestu. Badania u każdego chorego przeprowadzałam kilkakrotnie, by sprawdzić, czy otrzymane wyniki nie są przypadkowe. Mocz badany był na czczo, wszyscy chorzy otrzymywali djetę jedną i tę samą, ogólną szpitalną. Z powodów niżej wyłuszczonych, moczów badanych nie sprowadzałam odpowiedniem rozcieńczeniem do stałego ciężaru gatunkowego, ani też odpowiedniem zakwaszeniem do określonej koncentracji jonów, jak to czynił Szemenski.

1) Sądziłam, że zamiast sprowadzać mocze do stałego ciężaru gatunkowego sztucznie, daleko prościej we wzorze przy obliczeniach uwzględnić gęstość;

2) Zmiany wywołane przez różnicę stężeń jonów są tak nikłe, iż można je pominąć (pogląd do którego doszłam na zasadzie własnych badań).

Większość chorych, u których badania przeprowadzałam, była w okresie gruźlicy czynnej.

Wyniki moje, zgodne z wynikami wyżej przytoczonych autorów, dają się streścić w następujących punktach:

a) różnice w nap. powierzchn. otrzymane przy kilkakrotnych badaniach moczu u każdego chorego przedstawiają dość znaczne wahania przy braku zmian klinicznych:

b) średnia arytmetyczna nap. powierzchn. w większości przypadków znajduje się poniżej normy, lub też blisko dolnej granicy normy;

c) w tych kilku przypadkach gruźlicy płuc włóknistej lub początkowej, które badałam, nap. powierzchn. nie przedstawiało dużych odchyleń od normy;

d) znaczne obniżenie nap. powierzchn. mieliśmy w dwuch przypadkach wysiękowego zapalenia opłucnej: w jednym z wymienionych przypadków, gdy wysięk pod wpływem naświetlań lampą kwarcową uległ szybko wessaniu, nap. powierzchniowe również szybko się podniosło;

e) we wszystkich przypadkach obniżonego nap. powierzchn. stwierdziłam również przyśpieszone opadanie krwinek.

Dla przykładu podaję następującą tablicę:

L. p.	O. B. minuty	Il. krop.*)	N. P.**)	C. g.	Rozpoznanie kliniczne
1	45 m	64·1	87·9	1020	Phth. pulm, decl fib. cas. prog. chron.
2	45 m	70·6	80·1	1023	„ „ consump. caseosa
3	35 m	65·0	87·2	1026	„ „ decl. fib. cas. prog. chron.
4	360 m	57·6	97 3	1014	„ „ incip. regrediens
5	30 m	68·2	82·9	1021	„ „ pleuritis purulenta
6	55 m	60·—	94·2	1021	„ „ decl. fibrosa
7	10 m	63 9	88 3	1021	Pleuritis exsudativa
8	15 m	71·—	79·5	1025	„ „
9		74· –	76·3	1022	Pth. pulm. decl. cas. progr.

*) W stosunku do wody 55.3

**) W stosunku do wody 100; obliczone według wzoru $= 100 \frac{n_0 d}{n}$

n_0 = il. krop. wody; n = il. krop. moczu; d = ciężar gat. moczu.

Jak więc widzimy, obniżenie się nap. powierzchn. w przypadkach suchot płuc jest ściśle związane ze stanem czynnym schorzenia, a towarzyszy mu zawsze przyśpieszona sedymentacja.

Hipoteza więc Schemenskiego, iż trzy te sprawy są w ścisłym związku ze sobą, a mianowicie, że przyśpieszone opadanie i obniżenie nap. pow. są uzależnione od wzmożonego rozpadu białka w ustroju, zdaje się mieć uzasadnienie.

Według badań Frischa przyśpieszenie sedymentacji czerwonych krwinek jest wywołane nie obecnością *„stalagmonów“*, jak przypuszczał Bechhold i Reiner, lecz zwiększoną ilością globulin, a w szczególności fibrynogenu, które same, posiadając ładunek elektryczny dodatni, równoważą ujemny ładunek czerwonych ciałek krwi. W ten sposób ciałka czerwone, utrzymujące się w zawieszeniu dzięki temu, iż, posiadając ładunki elektryczne jednoimienne, odpychały się, pozbawione ładunku zbliżają się ku sobie, zbijają się w większe skupienia i opadają. Im większa więc będzie ilość fibrynogenu, tem szybciej występować będze sedymentacja.

Nasuwa się więc pytanie, czy powiększona ilość globulin i fibrinogenu we krwi nie mogłaby pośrednio wpłynąć na nap. pow. moczu, tembardziej, iż o zwiększonej ilości albumoz, peptonów i kwasów oksoproteinowych w moczu w przebiegu suchot płuc w piśmiennictwie nigdzie wzmianki nie spotkałam. W ścisłej zależności ze zwiększoną ilością globulin i fibrynogenu są zaburzenia w gospodarce wodnej w ciężkich postaciach gruźlicy płuc. Koloidy te, posiadając skłonność do wiązania większej ilości wody, niż inne białka, dzięki swojej zdolności pęcznienia, powodują zatrzymywanie się wody w ustroju. Stąd, jak wykazały badania Frischa, a u nas Itelsona, próba wodna w rozpadowej postaci gruźlicy płuc wypada ujemnie, diureza jest często zmniejszona, stężenie moczu zwiększone.

Czyżby więc to zwiększone stężenie moczu, wywołane przez

zaburzenia w gospodarce wodnej, nie mogły być przyczyną obniżenia się nap. powierzchniowego moczu? Czy te same ciała, które w warunkach normalnych obniżają nap. powierzch. moczu w stosunku do wody, znajdując się w większem stężeniu, nie mogłyby je bardziej obniżyć?

Na potwierdzenie tego przypuszczenia możnaby przytoczyć następujące dowody:

1) nap. pow. w moczach normalnych wykazuje wahania zależne od cięż. gat.;

2) w jednym z wyżej podanych przypadków wysiękowego zapalenia opłucnej, w którym wysięk bardzo szybko zaczął się cofać, równolegle z wsysaniem się wysięku podnosiło się nap. pow. moczu.

Oczywiście, iż myśl wyżej wypowiedziana jest tylko przypuszczeniem; dla jej uzasadnienia przeprowadziliśmy próbę wodną u pięciu chorych, których mocz wykazywał duże obniżenie nap. pow. Wynik był następujący:

We wszystkich pięciu badanych przypadkach, z których cztery były to ciężkie postacie suchot płuc, z podniesioną ciepłotą, przyśpieszonem tętnem oraz jedno wysiękowe zapalenie opłucnej stwierdziliśmy:

1) obniżenie nap. pow. moczu; 2) ujemny wynik próby wodnej; 3) przyśpieszone opadanie krwinek; 4) zwiększoną ilość fibrynogenu i globulin w stosunku do albumin.

Dla przykładu przytoczę takie spostrzeżenie:

Chory L., lat 19. *Phth. fibro-caseosa declarata progr. chron.* Tętno 109. Ciepł. 36.8 do 38.2. OB. 45 min. Mocz Cg. 1025. N. P. 70 krop. — 80.97 w stosunku do wody 100.

Waga na czczo 44.900.

Waga po próbie 45.400.

	il. moczu	c. g.	il. krop.	
o 9-tej rano	130 cm	1002	55·3	
o 10 tej	200 „	1003	54·—	
o 11-tej	180 „	1002	54·—	fibrynogen = 0.34
o 12-tej	200 „	1005	53·5	
o 1-szej	210 „	1005	55·—	$\frac{\text{alb.}}{\text{glob.}} = \frac{50}{50}$
	920 cm.			

Chory z otrzymanych 1500 cm. wody oddał 920 cm.

Wyniki otrzymane są tem więcej pouczające, iż, jak widać z tablicy, w miarę tego, jak pod wpływem wprowadzonej wody obniżał się cięż. gat. — podnosiło się nap. powierzchn. i przekroczyło nawet normę. Więc napięcie powierzchniowe w przypadkach gruźlicy płuc jest zależne od stężenia moczu.

Jak wykazały prace Adlersberga, w tych schorzeniach, gdzie napięcie pow. jest wywołane obecnością w moczu ciał powierzchniowo-czynnych, nie wykazuje ono wahań, zależnych od ciężaru gatunkowego, gdyż nawet bardzo małe ilości tych ciał wystarczają, by silnie obniżyć nap. pow.

Niema więc danych do przypuszczania, iż obniżenie nap. pow. w przebiegu gruźlicy płuc jest wywołane obecnością t. zw. *„stalagmonów"*, tembardziej, że, jak już raz zaznaczyłam, obecność tych ciał w moczu nie została stwierdzona.

Wartość kliniczna badania napięcia powierzchniowego jest podobna do określania odczynu Biernackiego. Wyniki nie są swoiste dla gruźlicy płuc, nie mają wartości rozpoznawczej w stanach początkowych, gdyż nie wykazują wtedy odchyleń od normy.

Metoda ta ma wartość rokowniczą, wskazując do pewnego stopnia na rozległość i nasilenie sprawy, toczącej się w ustroju.

Ujemną stroną tej próby jest to, iż niewielka ilość ciał powierzchniowo czynnych, jak np. żółci, przedostawszy się do moczu naskutek ubocznych schorzeń, może maskować prawdziwy stan choroby.

Ze względu jednak na łatwość wykonania zasługuje ona na uwzględnienie w klinice, tam szczególnie, gdzie określenie szybkości opadania krwinek natrafia na trudności techniczne.

Wykazanie zmian w nap. pow. moczu jest nowem ogniwem w łańcuchu faktów, świadczących o udziale całego ustroju w przebiegu suchot płucnych.

Piśmiennictwo:

Adlersberg: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Nr. 42 1924. — Adlersberg i Sugar: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Nr. 46. 1925. — Ascoli: Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr. 2. — Ascoli i Izar: Münch. m. W. 1910. Nr. 8., Nr. 18, Nr. 22, Nr. 41. — Bechhold und Reiner: Münch. med. Wochenschrift 1920 Nr. 31. — Frisch: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose B 56. H. 1. — Isaak, Krieger i Friedländer: Klin. Wochenschr. 1923. Nr. 47. — Itelson: Polskie Archiw. Med. Wewn. 1925. Tom 3. Zesz. 1. — Izar: Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 4., Nr. 16. — Neuberg: Der Harn, Berlin, Julius Springer 1911. — Neumann: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose T. 39. H. 3. u. 4. — Salomon i Saxl: Med. Klinik 1910 Nr. 13. — Schemensky: Münch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 27, Nr. 43, Nr. 49. — Uryson: Polska Gaz. Lek. 1926 r. Nr. 2.

Doc. Dr. Józef SZYMANOWICZ, Kraków.
Dr. Tadeusz M. KELLER, asystenci.

Czy jajnik może być źródłem krwotoków śródotrzewnych.

Z kliniki położniczo-ginekolog. U. J. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr. Aleksander Rosner).

Do niedawna jeszcze przy krwotokach śródotrzewnych i objawach im towarzyszących miał ginekolog rozstrzygnąć głównie w kierunku obecności pękniętej ciąży zewnątrzmacicznej, — ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, względnie ostrych zmian zapalnych przydatków macicznych.

Ostatnimi jednak czasy zaczęto coraz częściej zwracać uwagę na to, że wylew krwawy, rozpoznawany klinicznie zwykle jako objaw ciąży zewnątrzmacicznej w myśl zdania Fritscha — w czasie laparatomji mimo skrupulatnego oglądania pola operacyjnego gołem okiem i późniejszego badania mikroskopowego nie potwierdzał przedoperacyjnego rozpoznania.

Szukając źródła tego zjawiska gdzieindziej, zwrócono w pierwszym rzędzie uwagę na jajnik, który już, jak wiadomo, podczas swych fizjologicznych miesięcznych czynności ulega okresowemu przekrwieniu i okaleczeniu ,dzięki czemu prawdopodobnie w pewnych warunkach patologicznych i przy okolicznościach zewnętrznych sprzyjających może się stać punktem wyjścia krwawienia, nieraz nawet śmiertelnego.

Bliższe spostrzeżenia już podczas zabiegu operacyjnego, łącznie z wywiadami i całym obrazem klinicznym przemawiały za słusznością tych przypuszczeń, — jakkolwiek bezwzględne udowodnienie, że w danych przypadkach nie zachodziła jednak możliwość istnienia ciąży zewnątrzmacicznej, natrafia nieraz na nieprzezwyciężone trudności.

Opierając się na tych faktach, podał Forssner w wątpliwość wszystkie ogłoszone przed jego pracą przypadki krwawień z jajnika, twierdząc, że w żadnym z nich nie udowodniono niewątpliwie, iż krwotok nie pochodził z ciąży jajnikowej. Postawił on w tym celu, jako warunki: 1) brak wszelkich szczegółów w wywiadach, przemawiających za ciążą, zwłaszcza zaś brak zatrzymania względnie opóźnienia miesiączki, 2) dokładne zbadanie histologiczne serjowe preparatu, 3) wykazanie takich zmian anatomo-patologicznych, któreby dostatecznie tłumaczyły przyczynę krwawienia.

Do tych żądań dodaje nadto Traugott postulat, by można wyłączyć dokonane poronienie jajowodowe, które jak w jego przypadku i w przypadku Abelesa — nie pozostawiło w jajowodach żadnych makroskopowych zmian, — a jaje płodowe znaleziono dopiero w skrzepach krwi.

Co do badania histologicznego, to choćbyśmy postąpili według życzeń Forssnera i wykonali serje preparatów mikroskopowych z przydatków macicznych w danym przypadku i zbadali jak najdokładniej histologicznie wyłowione z jamy brzusznej skrzepy, — to i tak, — co zresztą sam Forssner przyznaje — w razie ujemnego wyniku, nie możnaby stanowczo wyłączyć ciąży zewnątrzmacicznej. — Wiemy bowiem, na jakie trudności natrafia doszczętne usunięcie skrzepów z jamy brzusznej, a nie da się także zaprzeczyć, że młode jaje, poronione z jajowodu do jamy brzusznej, ulec może po pewnym czasie rozpłynięciu i śladu po sobie nie zostawić.

Wobec tego, że nawet najskrupulatniejsze badania histologiczne mogą nie oddać rzeczywistego stanu rzeczy, przyjąć trzeba, że o przyczynie krwawienia rozstrzygać muszą dokładne i sumienne oględziny podczas operacji, zwłaszcza tego narządu w którym przypuszczamy źródło krwotoku, z jego następowem histologicznem badaniem, jako środkiem pomocniczym. Z drugiej zaś strony trudno postępować ściśle według żądań Forssnera, zwłaszcza zaś Traugotta i dla celów czysto doświadczalnych wycinać przydatki maciczne makroskopowo niezmienione, pozbawiając kobietę tak ważnych dla niej narządów, — na co również zgadzają się inni autorowie, jak Sarrony i Deboucher. W przeważnej części przypadków wystarczy wycięcie podejrzanej części danego narządu (np. jajnika).

Krwotoków takich w prawidłowych warunkach nie spotykamy. Przychodzi więc na myśl pytanie, w jakich okolicznościach i z jakich przyczyn mogą one powstawać. Przy ciąży zewnątrzmacicznej pytanie to zostało wyjaśnione przyjęciem, że nawet maleńkie naczynie pęknięte lub też przez kosmki nadżarte, krwawić może nieograniczenie, bo zaczyny kosmkowe nie pozwalają na wytworzenie się skrzepu.

Przy tłumaczeniu krwawień z pęcherzyka Graafa i ciałka żółtego możnaby przyjąć w pewnych warunkach działanie chemiczne podobnego czynnika, i jak bowiem dowiódł Schochet, znajdują się w płynie pęcherzyka *(liquor folliculi)* dojrzałego pęcherzyka, fermenty proteolityczne, rozpuszczające jego osłonkę i wiodące na tej drodze do jego pęknięcia. Czy fermenty te w pato-

logicznych okolicznościach nie obniżają krzepliwości krwi? Dotychczas tego nie dowiedziono.

Jednakże, jak wielu autorów podnosi, często składa się kilka czynników na to, by do takiego krwawienia doszło. Wchodzą więc w grę stany konstytucjonalne i chorobowe, zwłaszcza zaś tyczące się składu i zachowania się samej krwi. L ü t t g e zwraca uwagę, że w żadnym z opisanych przypadków nie badano krwi i przytacza swoje spostrzeżenie, gdzie czas krzepnięcia krwi był 2 razy przedłużony. Również i ciężką niedokrwistość (S t e i n), jak i białaczkę (B o s s) obwiniano jako przyczynę krwotoków z ciałka żółtego, względnie pęcherzyka Graafa. Dalej utrudnienie krążenia krwi w narządach miednicy małej, czy też z powodu tyłozgięcia macicy, czy też mięśniaków itp., — zmiany w naczyniach, wywołane przez kiłę, choroby zakaźne, zatrucia (E n g s t r o e m), — na koniec rozległe oparzenia skóry (O l b r y c h t) mogą być czynnikami usposobiającemi do takiego zjawiska. Te stany chorobowe mogą stwarzać warunki, które w szczególnych okolicznościach przy zadziałaniu czynników, normalnie obojętnych, mogą doprowadzić do obfitego nawet krwawienia. Do tych czynników zaliczają w pierwszym rzędzie przedmiesiączkowe przekrwienie narządów rodnych, — w tym też czasie, jak zwraca uwagę Z a c h e r l, najczęściej je spostrzegano, — dalej ciężką pracę fizyczną, połączoną ze wzmożonem ciśnieniem krwi i nakoniec wszelkiego rodzaju urazy mechaniczne, wśród nich zaś na pierwszem miejscu badanie ginekologiczne i spółkowanie. (Z u b r z y c k i).

Ponieważ w ostatnich czasach, mieliśmy sposobność spostrzegać i operować trzy takie przypadki, które mogą rzucić pewne światło na zagadnienie, przez nas omawiane, przytaczamy w skróceniu ich przebieg.

I. A. C. L. dz. gin. 150/1924. Lat 23. Perjody od 18 r. ż. co 4 tyg., 5—6 dni, obfite. Ostatni perjod przed 2 tygodniami, taki, jak zwykle, chora rodziła; przebyła 2 poronienia samorodne. Skarży się od roku t. j. od ostatniego poronienia na stałe bole w krzyżach, zwłaszcza podczas perjodu. Badaniem ginekologicznem stwierdza się tyłozgięcie macicy nieodprowadzalne, z tego też powodu przystąpiono do zabiegu operacyjnego sp. D o l é r i s a. Po otwarciu jamy brzusznej zauważono w zatoce Douglasa około 3 łyżki świeżej, nie skrzepłej krwi; podczas zaś szukania źródła tego krwawienia stwierdzono w lewym jajniku ciałko żółte wielkości dużej wiśni, na szczycie zaś tegoż otwór około 3-milimetrowy, z którego zwolna ale stale sączyła się krew. Wobec tego, że krwawienie nie ustawało, wycięto klinowo kawałek jajnika wraz z ciałkiem żółtem i założono na pozostałą część jajnika szereg szwów katgutowych. Oba jajowody cienkie, o ujściach brzusznych otwartych, nie okazywały żadnych zmian, podobnie, jak i prawy jajnik. W dalszym ciągu wykonano zabieg D o l é r i s a. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Na 3 dzień po zabiegu zjawił się perjod, o 13 dni wcześniej, niż powinien był przyjść, co oczywiście tłumaczyć musimy jako następstwo usunięcia ciałka żółtego. Badanie mikroskopowe wyciętego jajnika lewego wykazuje typową budowę ciałka żółtego w okresie waskularyzacji, w jego zaś otoczeniu porozszerzane naczynia krwionośne. Żadnych śladów kosmków ani też odczynu doczesnego w usuniętym kawałku jajnika nie stwierdzono.

II. R. G. L. dz. gin. 719/925. Lat 30. nullipara. Perjody od 12 r .ż. co 4 tyg. 3—4 dni, mierne. Ostatni skończył się przed 2 dniami, prawidłowy. Od dłuższego czasu chora cierpi na bole w krzyżach i dołem brzucha, które od 2 tygodni spotęgowały się, przyczem ciepłota się podniosła i wystąpiły wymioty. Obecnie dolegliwości zmniejszyły się, — utrzymuje się tylko utrudnienie w oddawaniu moczu, które wystąpiło wraz z zaostrzeniem się bolów. Badanie ginekologiczne stwierdza liczne podsurowicze mięśniaki trzonu macicy (całość wielkości głowy męskiej), z tych jeden uwięzły w zatoce Douglasa. Przystąpiono do laparotomji. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że jelita powalane są krwią, po uniesieniu zaś uwięzłego mięśniaka znaleziono w miednicy małej około 150 cm³ płynnej krwi. W pierwszej chwili przypuszczano, że obok mięśniaków chodzi o ciążę zewnątrzmaciczną pękniętą, mimo że badanie przedmiotowe, ani wywiady za tem nie przemawiały. Oglądając jednak narządy rodne wewnętrzne stwierdzono, że krwawi z ciałka żółtego prawego jajnika, na którego szczycie zauważono pęknięcie na przestrzeni około 1 cm. Z miejsca pęknięcia sączyła się krew i zwisały skrzepy. Jajnik ten wraz z macicą i jajowodami zupełnie makroskopowo niezmienionemi, usunięto. Lewy jajnik gładki bez zmian. Badanie histologiczne mimo skrupulatnego szukania nie wykryło ani w jajowodach ani w jajniku śladów ciąży.

III. N. W. L. dz. gin. 425/926. Lat 40. Perjody od 18 r. ż., co 4 tyg. 7 dni, obfite. Od ½ roku chora nieregularnie krwawi, tak że nie potrafi określić czasu ostatniego prawidłowego perjodu. Porodów przebyła 5. Oprócz krwawienia skarży się na upławy brudne, cuchnące; znacznie zeszczuplała. Badanie ginekologiczne stwierdza raka kalafiorowatego części pochwowej, (rozp. histolog.: rak płaskokomórkowy), przymacicza wolne. Przystąpiono do zabiegu sp. W e r t h e i m a. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono ze zdziwieniem około 50 cm³ krwi świeżej w załamku pęcherzowo-macicznym, jak i w zatoce Douglasa. Przy dokładniejszem oglądaniu przekonano się, że krew pochodzi z ciałka żółtego jajnika prawego, znacznie powiększonego, leżącego nisko na dnie zatoki Douglasa. Z ciałka żółtego wielkości małego orzecha włoskiego zwisa w postaci sopla skrzep (p. rysunek), po którym spływa krew kroplami. Oba jajowody i lewy jajnik bez zmian. Wykonano zabieg śp. W e r t h e i m a. Badanie histologiczne i w tym przypadku nie wykryło ani w jajowodach, ani w jajnikach śladów przebytej ciąży.



Wszystkie nasze 3 przypadki zaliczyć należy do kategorji krwawień stosunkowo nieznacznych, które odkryto dopiero przypadkowo przy zabiegu operacyjnym. Prawdopodobnie takie przypadki zdarzają się częściej, lecz z powodu braku wybitniejszych objawów klinicznych, nie dochodzą do wiadomości chorej, ani lekarza. Jeśli jednak przyjmiemy możliwość wylania się 100 czy 150 cm³ krwi, to konsekwentnie musimy się zgodzić, że w pewnych warunkach ilość może się zwiększyć i dawać objawy ostrej niedokrwistości, podobnie jak w ciąży zewnątrzmacicznej, — i dopiero dokładne badanie stwierdza inną ich przyczynę.

Biorąc na uwagę etjologję opisanych przez nas przypadków, trzeba się zastanowić, czy nie zachodzi tu możliwość innego źródła krwotoku, zwłaszcza zaś, czy nie było ciąży zewnątrzmacicznej, jajowodowej wzgl. jajnikowej. W żadnym z nich nie mamy w wywiadach niczego, coby mogło stwarzać podejrzenie w kierunku ciąży. W drugim i trzecim zresztą przypadku stan narządów rodnych z wielkiem prawdopodobieństwem wyłączał jej możliwość. Badanie histologiczne wypadło we wszystkich ujemnie, t. zn. nie wykryło ani śladu kosmków ani też odczynu doczesnego ze strony któregokolwiek z narządów. Wprawdzie anatomo-patologicznie nie można było stwierdzić w jajnikach względnie w ciałkach żółtych żadnych głębszych zmian poza przekrwieniem i rozszerzeniem naczyń, — jednak jeśli przyjmiemy, że już w fizjologicznych warunkach następuje nieznaczny wylew krwawy do tworzącego się ciałka żółtego, — to zgodnie z C o h n e m i Z a c h e r l e m możemy przyjąć, że wzmożenie takiego krwawienia może przerwać ciągłość pokrywy ciałka żółtego w miejscu pęknięcia pęcherzyka Graafa, jako w miejscu najsłabszego oporu i krew tędy może wylać się do jamy brzusznej.

Wobec tego możemy z wszelkiem prawdopodobieństwem twierdzić, że krew, znaleziona w naszych przypadkach podczas operacji w wolnej jamie otrzewnej, pochodzi z pękniętych ciałek żółtych, prawidłowo się rozwijających, a tylko niedługo przed zabiegiem, podczas dość energicznego badania uszkodzonych. Spostrzeżenia te potwierdzają zapatrywania tych licznych autorów (Cohn, Babanić, Olbrycht, Schickelé, Walther, Zacherl, Zubrzycki i inni) którzy mimo krytycznego stanowiska F o r s s n e r a przyjmują możliwość krwawień z jajnika t. zn. z pęcherzyka Graafa względnie z ciałka żółtego poza ciążą, — jakkolwiek nie we wszystkich przypadkach da się jasno wytłumaczyć etjologją i patogenezą tego zjawiska.

Znaczenie krwawień niezbyt obfitych będzie polegało na wytwarzaniu się ewentualnie zrostów śródotrzewnowych naokoło narządów rodnych po wessaniu i zorganizowaniu skrzepów, które spotykamy nieraz w przypadkach, w których pozatem niema żadnych zmian zapalnych (G e r s u n y, C o h n). Przy silniejszych

krwawieniach powstają objawy, najczęściej wzbudzające podejrzenie i tłumaczone jako objawy ciąży zewnątrzmacicznej, które w kilku przypadkach (m. i w przypadku kliniki krakowskiej, opisanym przez Zubrzyckiego) sprowadziły zejście śmiertelne.

Rozpoznanie kliniczne jest prawie zawsze niemożliwe. Zresztą dla chorej nie odgrywa ten szczegół większej roli, gdyż tak obfity krwotok z ciałka żółtego względnie pęcherzyka Graafa, jak i ciąża zewnątrzmaciczna dają wskazanie do natychmiastowej laparotomji ze względu na wspólne im niebiczpieczeństwo zakrwawienia się chorej.

Przypadki nasze dają nadto praktyczną wskazówkę, by w okresie, w którym przypuszczać możemy dojrzewanie pęcherzyka lub ciałko żółte w okresie unaczynienia, — jako w okresach szczególnie podatnych do krwawienia, ostrożnie badać jajniki.

Piśmiennictwo:

Abeles: Ueber die Ursache lebensbedrohlicher intraperitonealer Blutungen — Diss. 1924. (ref. Berichte f. Gyn. 1925). — Barthelemy: Kyste hemorrhagique du corps jaune. (Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. 1925 Nr. 5). — Cabanié: Les hémorrhagies intraperit. d'orig. genit. en dehors de la grossesse (Thèse. — ref. Gyn. et Obst. 1926. Nr. 1.). — Cohn: Die klinische Bedeutung der Follikelsprungstellen im Ovarium. (Archiv f. Gyn. 99. III.). — Crousse: Kyste du corps jaune. Rupture durant l'examen gyn. (Gyn. et Obst. 1926 Nr. 1.). Forssner: Können grosse intraperitoneale Blutungen aus Graaf'schen Follikeln oder Corpus luteum-Bildnngen ohne Vorhandensein von Schwangerschaft entstehen? (Archiv f. Gyn. 105 I). — Hornung: Das Ovarium als Quelle intraperitonealer Blutungen. (Münch. med. Wochenschr. 1923. Nr. 19). — Klein: Ueber lebensbedrohliche intraperit. Blutung aus dem Eierstocke. (Zentralblatt f. Gyn. 1926. Nr. 2). — Louros: Ueber Corpus luteum-Blutungen. (Archiv f. G. 118. I.). — Lüttge: Lebensbedrohliche Ovarialblutungen. (Zentrbllt f. G. 1924 Nr. 24). — Moore: Intraabdominal hemorrhage from ruptured corpus luteum. (Am. journ. of surg. — ref. Berichte f. Gyn. 1922). — Odermatt: Intraperitoneale Blutungen aus geplatztem Corpus luteum unter den Symptomen einer akuten Appendicitis. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1923. III). — Sarrony et Deboucher: Inondation péritonéale par hémorragie de l'ovaire. (Bull. de la Soc. de Gyn. 1925. Nr. 3). — Schickele Le corps-jaune peut-il être source d'une hémorrhagie intraperit. abondante? (Gyn. et Obst. 1924. Nr. 1). — Strasemann: Warum platzt ein Follikel. (Archiv f. Gyn. 119. 1). — Traugott: Blutung ex ovario oder Extrauteringravidität? (Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1926. 5—6). Walter: Ein Fall von Haematocele retrouterina verusacht von Corpus lut.-Blutung. (Mediz. Klinik 1925. Nr. 3.). — Zacherl: Innere Blutungen infolge Ruptur eines Corpus luteum. (Archiv f. Gyn. 119. I.). — Zubrzycki: O niektórych rodzajach krwawień z jajników. (Polsk. czasop. lek. Nr. 11. 1921).

Z PRAKTYKI.

Dr. Mieczysław GLASS, asystent oddziału. Warszawa.

Owrzodzenie kiłowe w okolicy otworu odbytowego*).

Z II oddziału chorób wewnętrznych szpitala Wolskiego. Ordynator: Dr. Kazimierz Dąbrowski.

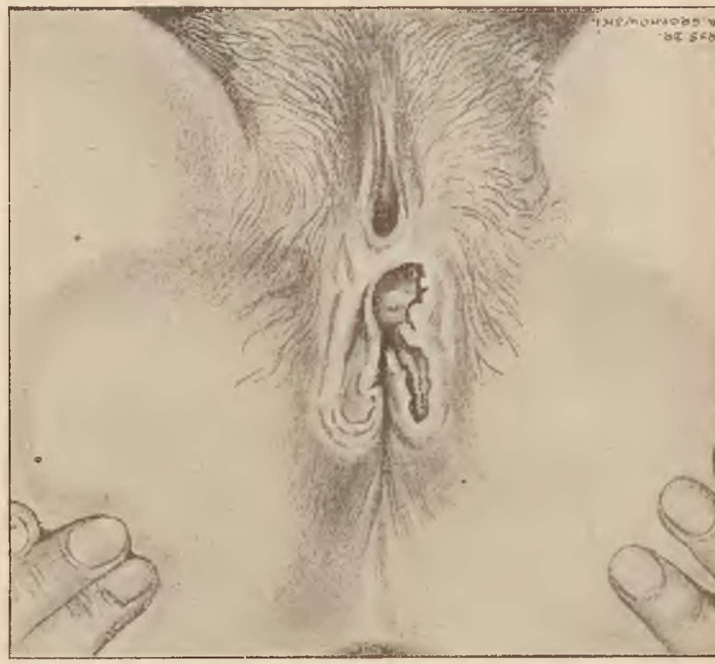
Zofja O., lat 16, uczennica, skierowana została na oddział z powodu owrzodzenia, natury, jak przypuszczano, gruźliczej, w celu zastosowania kuracji sanokryzynowej.

Cierpienie obecne trwa rok. Zaczęło się od małego szczelinowatego pęknięcia w okolicy odbytu, które, według mniemania chorej, powstało wskutek zapartego stolca. Ranka była bolesna i podczas oddawania kału krwawiła. Po pewnym czasie rozmiary jej się powiększyły i zamiast krwi spostrzegła chora na bieliźnie wydzielinę ropną. Obecnie skarży się na dość znaczną bolesność w okolicy odbytu, zwłaszcza podczas wypróżnień. W ciągu choroby bardzo zmizerniała i schudła. Stolce miewa stale zaparte. Mocz oddaje prawidłowo. Pierwsza miesiączka w 14 roku życia, ostatnia — przed czterema miesiącami. Stosunku płciowego nie miała. Obecności wykwitów skórnych chora nigdy nie zauważyła. Od roku była leczona miejscowo, lecz bez skutku.

Brak wywiadów rodzinnych, gdyż chora była wzięta przez obecnych swych opiekunów w dzieciństwie z przytułku.

Chora wzrostu odpowiedniego do wieku. Budowa ciała prawidłowa. Odżywienie mierne. Powłoki skórne, oraz śluzówki widoczne blade. Stan podgorączkowy. W narządzie oddechowym zmian wyraźnych nie stwierdza się. Serce w granicach prawidłowych, o tonach czystych. Brzuch wysklepiony prawidłowo, niebolesny. Wątroba i śledziona niemacalne. Układ nerwowy prawidłowy. Gruczoły chłonne nie powiększone.

W okolicy krocza, począwszy od pochwy aż do odbytu, stwierdza się owrzodzenie, otoczone rodzajem wałka, o brzegach miejscami podminowanych. Owrzodzenie sięga wgłąb między pochwę a śluzówkę kiszki. Mięsień poprzeczny krocza nie uległ zniszczeniu i jest dokładnie widoczny we wrzodzie. Między tylną ścianą pochwy i wrzodem znajduje się wgłębienie, w które można wprowadzić ołówek na głębokość 3 cm. Ku tyłowi owrzodzenie sięga mniej więcej na tą samą głębokość, dochodząc do śluzówki odbytnicy. Dno owrzodzenia jest gładkie i pokryte wydzieliną śluzoworopną. Granica pomiędzy brzegiem owrzodzenia a otoczeniem niewyraźnie zaznaczona. Zwieracz odbytu nieuszkodzony. Bolesność nieznaczna.



Kilkakrotne badanie drobnowidowe wydzieliny prątków Kocha nie wykryło.

Badanie morfologiczne krwi wykazało: ciałek czerwonych — 5,270.000; ciałek białych — 3.200; Hgl. (Sahli) — 74; wskaźnik — 0.7; nd. — 1.3496. Wzór: obojętnochłonnych — 49%; limfocytów — 36,5%; kwasochłonnych — 3%; jednojądrzastych — 11%; zasadochłonnych — 0,5%.

Mocz bez składników chorobowych.

Badanie krwi na odczyn Wassermanna i Sachs'a-Georgi'ego dało wynik silnie dodatni (+++). (Państwowy Instytut Higjeny).

Wobec wyniku serologicznego badania, rozpoczęto leczenie swoiste (novarsenobenzol i wcierki), połączone z leczeniem miejscowem owrzodzenia. Już po dwóch wlewaniach salvarsanu, oraz siedmiu wcierkach, stwierdzono nieznaczne zmniejszenie się rozmiarów owrzodzenia. Od tej pory gojenie posuwało się szybko naprzód: wałowate brzegi stale się obniżały i po niespełna sześciotygodniowem leczeniu, z całego owrzodzenia pozostał tylko nieznaczny ubytek naskórka. Stan ogólny chorej uległ znacznej poprawie. Na wadze przybyło przeszło 5 kg. W tym stanie chora wypisala się ze szpitala.

Owrzodzenia kiłowe w okolicy odbytu, należą do zmian bądź pierwotnych bądź trzeciorzędnych. Pośród pozapłciowych umiejscowień zmian pierwotnych, wrotami dla zarazka może być okolica odbytu. W statystyce Fourniera, obejmującej 642 przyp., 54 wrzody pierwotne przypadają na odbyt i jego okolice. Najczęściej mamy tu do czynienia z bezpośredniem przeniesieniem zarazka przy stosunku do odbytnicy. Zmiany pierwotne w okolicy odbytu opisuje Contagne u dwóch dziewczynek w wieku $6^1/_2$ i 8 lat, Fournier — u dziewczynki dwuletniej. W przypadkach tych miało miejsce zgwałcenie.

Nobl widział szczelinowate zmiany pierwotne u trzech panien, w wieku 19—21 lat, u których w celu zapobieżenia defloracji miał miejsce stosunek do odbytnicy.

Przeniesienie zakażenia w okolicę odbytu może także nastąpić drogą pośrednią: przy pomocy palca, przez spływanie wydzielin z pochwy, oraz przez przedmioty na których znajduje się zarazek kiłowy.

Owrzodzenia pierwotne odbytu, umiejscowione są zazwyczaj we wgłębieniach i występach fałd, skąd mogą sięgać aż do śluzówki. Powstają one z nacieków pierwotnych przez ciągłe podrażnienie chemiczne i mechaniczne podczas oddawania stolca, nabierając wyglądu głęboko drążących szczelin, otoczonych brzegami wałowatemi, przebieg mają bardzo przewlekły. Przez wtórne zakażenie

---

*) Chora była demonstrowana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w maju 1925 r.

powstają ciężkie zmiany zapalne zarówno w okolicy nacieku jak i poza nim, i cały odbyt odznacza się wówczas dużą bolesnością. Znalezienie krętków w wydzielinie owrzodzenia, z powodu obfitej flory z odbytnicy, nie łatwo się udaje.

Owrzodzenia kilakowe w okolicy odbytu są o wiele rzadsze. Według Fourniera rozwijają się one bądź ściśle na poziomie pierścienia śluzówkowego odbytu, bądź, co częściej się jeszcze zdarza, jednocześnie na przylegającej części skóry. Różnią się one od spotykanych na miejscach płaskich swem ukształtowaniem, dostosowanem do terenu, na którym się rozwijają. Ilość tych wrzodów bywa różna. Cały nawet obwód odbytu zamienić się może w jedną po wierzchnię wrzodziejącą. Z powodu swego umiejscowienia zmiany te są bardzo uporczywe i tylko staranną pielęgnacją i zachowaniem czystości można je doprowadzić do wygojenia. Zaburzenia czynnościowe, zależne od tych owrzodzeń, polegają na parciu na stolec, oraz na znacznych bólach, które jednak, jak i kurcze zwieracza, są o wiele znośniejsze od podobnych objawów, towarzyszących zwykłej rozpadlinie odbytu.

Bliższe określenie charakteru owrzodzenia w naszym przypadku jest trudne. Długi czas trwania (1 rok), oraz brak powiększonych gruczołów chłonnych, przemawiał by raczej za sprawą trzeciorzędną. Przyjmując ostatnie nie można też odpowiedzieć, czy sprawa była nabyta, czy wystąpiła jako późny objaw kiły wrodzonej *(lues hereditaria tarda)*.

Piśmiennictwo:

Fournier: Lésions tert. de l'anus et du rectum. Paris 1875. — Malinowski Feliks: Choroby weneryczne. Tom II. Syfilis 1922. — Nobi G.: Syphilis des Rectums. Handbuch der Geschlechtskrankheiten. 1913.

L. KORZENIOWSKI. Warszawa.

Przypadek uszkodzenia wzgórka wzrokowego.

Z oddziału Szpitala Przemienienia Pańskiego. Ordynator: Dr. med. E. Orłowski.

Zaburzenia, wywołane przez uszkodzenie wzgórka wzrokowego, tworzą zespół typowy, zbadany dość dokładnie przez Dejérine'a i uczniów jego Thomas'a i Russy'ego. Według pojęć obecnych *thalamus opticus* odgrywa rolę stacji odbiorczej podkorowego przyrządu odruchowego, którego stacją wykonawczą jest układ pozapiramidowy *(strio-pallidalis)*. Wzgórek zawiera cały szereg jąder substancji szarej, jak jądro łączące *(nucleus reuniens)*, jądro przyśrodkowe *(n. medialis)*, j. przednie, jądra boczne, jądro wentralne *(n. ventralis)* i może być uważany za ośrodek podkorowy dla dróg czuciowych, które dochodzą do poszczególnych grup komórkowych, zawartych w jądrach wzgórka wzrokowego. A więc w jądrach wentralnych wzgórka wzrokowego kończą się wtórne drogi czuciowe, dochodzące doń przez zewnętrzną blaszkę rdzeniową. Bocznie od nich leżą drogi czuciowe i cieplotne, pochodzące z rdzenia, przyśrodkowo — wtórne włókna nerwu trójdzielnego, zaś najbardziej przyśrodkowo — włókna z jąder powrózków tylnych. W jądrze wentralnem wzgórka znajdują ujście włókna, pochodzące z móżdżku i z jądra czerwonego. W poduszce *(pulvinar)* i ciałku kolankowatem bocznem kończą się włókna nerwu wzrokowego, zaś w ciałku kolankowatem przyśrodkowem — wtórne drogi słuchowe. Wreszcie wzgórek wzrokowy ma rozległe połączenia z korą mózgową, jak również z *pallidum* i z ciałem prążkowanem *(tract. strio-thalamic.* i *thalamo-striatus)*. Wzgórek otrzymuje więc podniety czuciowe z wszelkich organów czuciowych i posiada relacje o wzajemnej grze tych podniet i ich stanie napięcia, mając oprócz tego nieustanne informacje o stanie napięcia mięśniowego i o sprawach skojarzenia zależnych od móżdżku, oraz o położeniu ciała i ułożeniu kończyn. W związku z tem, jednem z głównych zadań wzgórka wzrokowego będzie odpowiednie zużytkowanie otrzymywanych, a następnie zsyntetyzowanych podniet, tak aby odczyny ruchowe, które zostaną wywołane przez te podniety, miały przebieg najbardziej harmonijny i prowadzący do celu. W powstawaniu owych odczynów ruchowych, niezależnych bezpośrednio od kory mózgowej, odgrywa rolę układ *strio-pallidalny* — owa stacja wykonawcza podkorowego aparatu odruchowego. A więc *pallidum* jest punktem wyjścia całego szeregu ruchów automatycznych, które łączy w systemy odczynów ruchowych, wygładza, jednocześnie znosząc opory zależne od móżdżku (tonus móżdżkowy). Jednocześnie *pallidum* kontroluje też ruchy pochodzenia korowego, ruchy świadome, wygładzając ich wykończenie, nadając im harmonijny przebieg i wzajemne zgranie. Czyni zaś to wszystko *pallidum*, operując ustawicznie skalą stanów napięcia czuciowego, pochodzącą ze wzgórka i na zasadzie tej skali tworzy swoje konstrukcje. Właściwe *striatum* (jądro ogoniaste i otoczka j. soczewkowatego) przez swój wpływ hamujący na *pallidum* reguluje zapewne zbytni rozmach i niezborność poruszeń *).

Objawy uszkodzenia wzgórka wzrokowego wynikają do pewnego stopnia z powyższego i cechują się przedewszystkiem wybitnemi zmianami czuciowemi, wśród których dominują silne bole, przy jednoczesnej bezczułości i innych zaburzeniach w czuciu. Niekiedy występuje niedowidzenie połowiczne, przyczem niektórzy z autorów twierdzą, że do powstania tego niedowidzenia koniecznem jest jednoczesne uszkodzenie poduszki i ciała kolankowatego bocznego. Spostrzegano również atetozę połowiczną, pląsawicę połowiczną i bezład połowiczny.

W dniu 31. X. 1925 na oddział nasz przybył chory Ł. S. lat 73, ślusarz z zawodu. Wywiady wykazują, że zachorował przed 2-ma tygodniami, nagle, gdy znajdował się poza domem, dostał dreszczów, „gorączki", stracił władzę w lewej ręce, mowy nie stracił, przytomności nie stracił. Chory upadł na ziemię, lecz dowlókł się do domu. Pamięta i opowiada ze szczegółami, co działo się bezpośrednio potem. Obecnie uskarża się na bole w lewej ręce i nodze. Dawniej nie chorował. Przymiotu ani rzeżączki nie przechodził. Wódkę pił stale w znacznej ilości. Papierosy palił obficie. Żona nie roniła.

Badanie chorego wykazuje:

C. = 36,8. Tętno 60 na min., miarowe, śred., nap., Wzrost wysoki, uwłosienie *ad pubem* typu męskiego.

Klatka piersiowa budowy prawidłowej. Odgłos wypukowy jawny. Oddech pęcherzykowy. U dołu klatki piersiowej nieliczne furczenia.

Serce: Granice prawidłowe, tony czyste, głuchawe.

Wątroba niemacalna, wypukowo niepowiększona.

Śledziona wypukuje się od 9—11 żebra.

Chory ma zaparcie. Zaburzeń w oddawaniu moczu niema.

Mocz: Odczyn kwaśny. C. wł. 1.020. Białka ślad. Cukru niema. Acetonu niema. Indykan: ilość zwiększona. Osad: Nieliczne kryształki szczawianu wapnia.

Odczyn Wassermanna ze krwi i z płynu mózgowordzeniowego ujemny. Białka w pł. mózgowo-rdz. 0,18‰. Pleocytozy brak (kilka limfocytów w 1 mm^3).

St. neurologicus. Lewa źrenica zniekształcona, nie reaguje na światło, prawa b. słabo.

Niedowidzenie połowiczne lewostronne. Dno oka zmian nie wykazało. Badanie oczu poza tem zmian nie wykazuje. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, czoło marszczy się dobrze.

Hypertensja w kończynie lewej górnej i dolnej. Objaw Chwosteka ujemny. Odruchy brzuszne i mosznowy: brak po str. lewej. Odruchy ścięgnowe żywe, równe. Odruchów spastycznych brak; okostnowe z k. g. lewej wyraźnie słabsze. Chory co kilkanaście sekund krzywi twarz, pogłębiając obustronne fałdy nosowowargowe i skarżąc się na silny ból w lewem przedramieniu i ramieniu, jak również słabszy ból w lewej nodze. Co pewien czas (pół minuty lub dłużej) w kończynie górnej lewej następuje skurcz bolesny, przedramię jest wówczas zgięte w stosunku do ramienia, dłoń przybiera kształt ręki akuszera i nie daje się rozewrzeć. Skurcz ten występuje zwłaszcza, gdy choremu kazać coś wziąć za pomocą lewej ręki, przyczem wystąpienie skurczu poprzedzają atetotyczne ruchy palcami. Chcąc wziąć przedmiot, chory posuwa doń swe przedramię zgięte w łokciu i dłoń zaciśniętą, po pewnym czasie nieco rozwiera dłoń, przyczem wykonywa ruchy atetotyczne, nie trafia do przedmiotu, który chce ująć, lecz przechodzi nad nim lub obok niego na dużą odległość, w końcu ujmuje przedmiot i wówczas nie jest w stanie wypuścić go z ręki. Dotknąwszy się w ten sposób końca nosa podczas badania na ataksję, chory zgniótł nos swój tak silnie, nie mogąc go wypuścić, że zachodziła obawa uszkodzenia nosa.

Zwraca uwagę, że podczas badania chory jak gdyby nie zdaje sobie sprawy, że poruszają jego lewą ręką, że jej dotykają. Gdy zapytać go, co się robi z jego kończyną górną lewą, po namyśle odpowiada, przyczem wychodzi na jaw, że chory ma niemal zniesione czucie na dotyk lew. kończ. górnej i dolnej. Co do czucia bólowego, to niekiedy nie odczuwa wcale (zwłaszcza, gdy mu nie mówić, że się go kłuje) nawet silnego kłucia szpilką, gdy zaś nastawić jego uwagę w tym kierunku, wówczas odczuwa ukłucia, lecz z opóźnieniem do 20 sekund, przyczem czas opóźnienia nie jest stały, odnośnie nawet do tego samego miejsca zadra-

---

*) Wypadnięcie funkcji *pallidum* prowadzi do parkinsonizmu, wypadnięcie zaś funkcji *striatum* prowadzi do hyperkinezji i ruchów automatycznych. W pierwszym przypadku parkinsonizm jest skutkiem przewagi hamujących procesów *striatum*, w drugim — hyperkinezje są wynikiem wypadnięcia hamulców, które produkuje *striatum*.

żnienia i zdaje się powiększać podczas opisanego już skurczu w lewej kończynie górnej. Ukłucia szpilką w lewe przedramię chory umiejscawia, jako ukłucie w klatkę piersiową w okolicach sutka. Ciepła i zimna na kończynie górnej lewej i na lewej połowie tułowia nie odczuwa wcale, zimno na lewej połowie powłok brzusznych i na kończynie dolnej lewej odczuwa jako silny ból, twierdzi, że kłują go szpilkami. Po stronie lewej daje się zauważyć nieznaczne przytępienie słuchu. Chód chorego jest niepewny; na rozstawionych nogach, pada w tył, a przytem objaw Romberga daje się wywołać niezawsze.

Czyta chory dobrze, ale tylko w obrębie jednego wiersza, gdy zaś ma czytać wiersz następny, wówczas zatrzymuje się, niekiedy czyta wiersz położony wyżej, zamiast położonego niżej. Prawa połowa ciała nie przedstawia zmian neurologicznych.

Chory nie rozpoznaje przedmiotów, których dotyka palcami lewej ręki. Nie umie dać odpowiedzi co do nadanego ułożenia kończyn lewostronnych, wogóle zdaje się nie wiedzieć, czy unoszą do góry jego kończyny lewostronne, po poinformowaniu zaś uprzytomnia to sobie z trudem i powoli.

Chory nie wykazuje niemal żadnych zmian psychicznych z wyjątkiem pewnych nieścisłości w podawaniu dat.

Chory dostawał NaJ trzy razy dziennie po pół grama, przyczem przez czas pobytu w szpitalu stan jego uległ pewnym zmianom. A więc 3. XI. uskarża się na silne bole głowy, które umiejscawia w tyle czaszki. Od dn. 6. XI. 1925 r. zauważyć się daje wyrównywanie hemianopsji, tak że w dn. 20 listopada widzi nieźle przedmioty położone na lewo. Skurcze w k. g. lewej występują rzadziej. Bole są wciąż b. silne.

W dniu 15. XI. 1925 uderza lepsze posługiwanie się lewą ręką, lepsze trafianie w przedmioty, brak ruchów atetotycznych, skrócenie czasu opóźnienia reakcji bolowej. Czucie ułożenia wciąż silnie upośledzone. Chód coraz lepszy. 21. XI. płacze, skarżąc się na silne bole w k. g. lewej.

Reasumując dane otrzymane z badania chorego, stwierdzamy zmiany wyłącznie lewostronne, wyrażające się w:

1) niedowidzeniu połowicznem lewostronnem, 2) skurczu bolesnym w kończynie górnej lewej, 3) hemiatetozie w k. górnej lewej, 4) zmianach w umiejscowianiu zadrażnień czuciowych po str. lewej, 5) zmianie w interpretacji podniet czuciowych po str. lewej, 6) znacznem opóźnieniu reakcji na ukłucia, 7) daleko idących zaburzeniach czucia ułożenia, 8) bezładzie połowicznym lewostronnym w k. górnej.

Zastanawiając się nad umiejscowieniem organicznej sprawy w mózgu, która wywołała powyższe zmiany, wyłączyć przedewszystkiem należy system korowordzeniowy. Przemawia za tem: 1) brak odruchów spastycznych (Babiński, Oppenheim, Gordon, Mendel-Bechterew ujemne); 2) nieuogólnianie się skurczu na inne grupy mięśniowe i brak wszelkich objawów zamroczenia, jakie towarzyszyć mogą drgawkom korowym; 3) jednoczesne występowanie niedowidzenia połowicznego przy obecności kurczu tonicznego, co w przypadku sprawy korowej wymagałoby obecności 2-ch naraz ognisk; 4) bole o bardzo silnem natężeniu, napadowe. Miejsca uszkodzenia szukać należy wobec tylu rodzajów percepcji czuciowych tam, gdzie te percepcje spotykają się wszystkie, t. j. we wzgórku wzrokowym. Brak parkinsonizmu wyłącza uszkodzenie *pallidum*. Brak ruchów automatycznych poza atetozą, którą należy tu raczej uważać za wyraz dyssynergji mięśniowej i która występuje zwłaszcza przy ruchach celowych lewej k. górnej, zdaje się wyłączać uszkodzenie właściwego *striatum (nucl. caudat. i putamen)*, które to uszkodzenie zwykło dawać hyperkinezje. Natomiast rozległe uszkodzenie czucia, silne bole napadowe, upośledzenie uwagi na to, co dzieje się z kończynami dotkniętemi (Halbseitige Aufmerksamkeitsstörung Wallenberga), każą twierdzić, że zmiana, t. j. najprawdopodobniej, wylew z dotkniętej sklerozą tętnicy, nastąpił we wzgórku wzrokowym i to po str. prawej, wobec krzyżowania się dróg czuciowych, które zbierają się we wzgórku wzrokowym.

Dr. Albin GARBJEŃ, asystent Kliniki. Lwów.

Dwa przypadki zatrucia tutokainą.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. Kazimierz Bocheński.

Największem niebezpieczeństwem, jakie grozi w stosowaniu znieczulenia lędźwiowego, jest porażenie ośrodka oddechowego. Nie będę się na razie zastanawiał bliżej nad tem, jak farmakodynamicznie owo porażenie powstaje, czy i jaką rolę odgrywa tu ciężar gatunkowy płynu, wprowadzanego do worka opony twardej, czy wogóle nie należałoby uwzględnić nieco więcej niż dotychczas praw dyffuzji, — przeprowadzenie doświadczeń w tym kierunku i wypowiedzenie na eksperymentach opartego sądu zastrzegam sobie na czas późniejszy.

Obecnie pragnę zaprotokołować dwa przypadki zatrucia tutokainą, jakie zdarzyły się w klinice położniczo-ginekologicznej lwowskiej.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 26-letniej, u której z powodu dużej torbieli jajnikowej miano wykonać laparatomję. Badania chorej, przed operacją wykonane, nie wykazały prócz guza w jamie brzusznej, żadnych nieprawidłowości. Zwracało jedynie uwagę tętno, stale utrzymujące się 100—110, co odnosiliśmy do sympatykotonji. 2 godziny przed operacją chora otrzymała 0,3 g weronalu, 15 minut przed operacją 0,15 g koffeiny. Znieczulenie lędźwiowe wykonano u chorej w pozycji siedzącej, igłę wprowadzono między II i III krąg lędźwiowy, wypuszczono około 5 cm^3 płynu mózgordzeniowego, a wprowadzono 4,5 cm^3 2,2% tutokainy (tabletka „T II"), co odpowiada 0,1 g. tutokainy.

Po znieczuleniu chora siedziała 3 minuty, pytana odpowiadała wyraźnie i donośnym głosem. Po 3 minutach ułożono chorą na stole operacyjnym i przygotowano do operacji. W 4 minucie znieczulenia wystąpiły wymioty, które rychło ustały. W 10 minucie nacięto powłoki, podwiązano naczynia skórne i otwarto jamę otrzewnową. W 16 min., w dwie minuty po otwarciu otrzewnej, wystąpiły powtórnie wymioty, głowę chorej zwrócono na bok, a w czasie oglądania stosunków topograficznych miednicy — w minucie 17 wystąpił n a g l e bezdech *(apnoe)*, przy wzmagającej się z każdą sekundą sinicy. Stwierdzono w tym momencie, że naczynia miednicy były bardzo znacznie porozszerzane. Tętno na tętnicy szyjnej nieregularnie miękkie. Natychmiast wstrzyknięto 10 cm^3 kamfory, i w 18 minucie zaczęto stosować sztuczne oddychanie. W 19 min. tętno na tętnicy szyjnej niewyczuwalne, wstrzyknięto dożylnie 0,2 cm^3 strofantyny, w 20 min. lobelina intrakardjalnie. Mięsienie serca dwuręcznie przez przeponę i przez kompres od zewnątrz klatki piersiowej, jakoteż sztuczne oddychanie bez wyniku. Ręką wprowadzoną do jamy brzusznej stwierdziłem powiększone gruczoły krezkowe i dużą śledzionę, co upoważniło mnie do rozpoznania *status lymphaticus*.

Faktycznie śmierć nagła wystąpiła w 19 minucie po znieczuleniu *(syncope)*, dwie minuty przedtem nastąpił bezdech *(apnoe)*.

Wynik badania pośmiertnego, wykonanego przez Dra W. J a n u s z a:

„*status post laparatomiam explorativam, kystoma permagnum ovarii dextri, peritonotis sero-fibrinosa diffusa subchronica, tumor lienis acutus follicularis, thymus persistens, hyperplasia apparatus lymphatici totius, hypoplasia aortae, pericarditis obsoleta, hypertrophia ac dilatatio cordis totius, salpingitis sinistra purulenta, venostasis e compresione organorum abdominis, ascaridiosis, hyperaemia mucosae ilei circumscripta.*

Na sekcji stwierdzono wyraźnie zaznaczony stan grasiczo-limfatyczny. Badanie drobnowidowe grasicy oraz innych gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz gruczołów chłonnych wykazało, że grasica nie okazuje cech inwolucji, a raczej wzmożoną jej nadczynność, w związku z tem znajduje się niedorozwój układu chromochłonnego nadnerczy. W przysadce mózgowej stwierdza się pewne cechy osłabionej czynności tego narządu, tarczyca, gruczoły przytarczyczne i trzustka nie wykazują zmian wybitniejszych. Brak swoistych zmian chorobowych w narządach wydzielania wewnętrznego, świadczących o ich schorzeniu i zaburzeniu w równowadze czynnościowej, zwraca większą uwagę na zmiany anatomiczne, które mogłyby być przyczyną zejścia śmiertelnego. Z występujących zmian uderza przedewszystkiem rozległe zapalenie surowiczo-włóknikowe otrzewnej o charakterze sprawy przewlekającej się, a nadto zarośnięcie całego worka osierdziowego. Obie sprawy chorobowe niewątpliwie upośledzały czynność mięśnia sercowego, prowadząc do wyczerpania jego wydolności bądź to na drodze reflektorycznej (zapalenie otrzewnej), bądź bezpośrednio (zarośnięcie worka osierdziowego) zmuszając mięsień serca do wzmożonej pracy. Olbrzymi gruczolako-torbielak, znajdujący się w jamie brzusznej, musiał uciskać na większe pnie naczyniowe, powodując ogólny zastój żylny narządów jamy brzusznej. A nadto nie bez znaczenia dla całości obrazu jest również ucisk wywierany przez wspomniany nowotwór na większe sploty pozajelitowe. A zatem, stwierdzamy w sekcjonowanych zwłokach wystarczające dane do wytłumaczenia zejścia śmiertelnego z powodu porażenia mięśnia serca, czemu sprzyjały również czynniki toksyczne, to jest jady wytwarzane przez glisty ludzkie i jako drugi czynnik toksyczny użyta do znieczulenia tutokaina". (Dr. Janusz).

Przypadek drugi dotyczył kobiety lat 44, u której miano wykonać laparatomję z powodu mięśniaków macicy. Między II i III krąg lędźwiowy wprowadzono (chora w pozycji siedzącej)

intraduralnie 8 cm³ 0,83% tutokainy, przygotowanej z tabletek „T II", co wynosi 0,0664 g tutokainy. Chora siedziała pierwsze dwie minuty spokojnie, odpowiadała głośno na pytania. Nagle w 3 minucie zaczęła się słaniać, zbladła. Podtrzymano ją w pozycji siedzącej i wstrzyknięto podskórnie 10 cm³ kamfory. W 4 minucie sinica, bezdech *(apnoe)*, utrata przytomności, źrenice bardzo wąskie, niereagujące. Chorą ułożono poziomo i zastosowano sztuczne oddychanie. Tętno bardzo słabo wyczuwalne, miękkie. Po 4 minutach sztucznego oddychania, chora z trudem wykonała kilka oddechów, duszność utrzymywała się w dalszym ciągu, tętno miękkie 78. W 20 minucie powtórnie bezdech i sinica przy tętnie bardzo miękkiem, nieregularnem. Wstrzyknięto 10 cm³ kamfory i w 2 min. później 1 cm³ hexatonu. Sztuczne oddychanie. W 24 minucie lobelina. W 26 minucie oddechy utrudnione, tętno pełniejsze. W 40 min. wróciła przytomność, chora zeznała, że „bardzo ją bolą piersi, każdy oddech jest bardzo bolesny i z trudem przychodzi". Worek z lodem na serce. Od 60 minuty duże pragnienie, podano wodę z lodem. W 120 min. analgesia zupełna, nawet w obrębie klatki piersiowej i twarzy. Wstrzyknięto dożylnie 5 cm³ urotropiny 40%. W 130 min. wymioty. W 150 min. analgesia ustąpiła. Wymioty utrzymywały się 10 godzin po znieczuleniu. Do 6 godzin temperatura 38°. Tętno 116. Do 24 godzin ciepłota i tętno prawidłowe. Chora skarżyła się na ból głowy i nieznaczną sztywność karku. Lód na głowę, bóle do 2 godzin znacznie słabsze. Mocz po 24 godzinach. Do 36 godzin ustąpiła sztywność karku, utrzymywał się słaby ból głowy, który minął pod koniec drugiego dnia. Trzeciego dnia chora nie dała się utrzymać w łóżku, mimo zakazu wstała, czuła się zupełnie dobrze. Tętno i ciepłota prawidłowe.

W piśmiennictwie opisano dotychczas jeden przypadek śmierci po znieczuleniu tutokainą (Schwarz, oddział urologiczny kliniki chirurgicznej, Berlin) i to po wstrzyknięciu do cewki moczowej 8 cm³ 2% tutokainy w celu chromocystoskopji. W przypadku tym w 10 minucie po znieczuleniu wystąpił gwałtowny napad podobny do epilepsji. Źrenice szerokie niereagujące na światło, piana z ust i krew z pokąsanych warg. Po napadzie, który trwał „uderzająco" długo, wystąpiło zupełne zwiotczenie i głęboki sen przy prawidłowych oddechach. W 20 minucie chory odpowiadał na pytania cichym głosem. W 25 minucie wystąpił powtórnie napad z temi samemi objawami co poprzedni, nieco krótszy. W 35-37 minucie wystąpiły nagle ciężkie kloniczne drgawki całego ciała, sinica, duszność. Wśród objawów zwiększającej się sinicy i duszności drgawki stawały się coraz słabsze, tętno niewyczuwalne i w 40 minucie po znieczuleniu nastąpiła śmierć.

Schwarz podkreśla, że wpierw wystąpiło porażenie ośrodka oddechowego, a dopiero później ośrodka naczynio-ruchowego. Sekcja wykazała *status thymico-lymphaticus* i przekrwienie ogólne narządów, jako sekcyjny obraz zatrucia.

Zestawiwszy trzy te przypadki można stwierdzić, że we wszystkich wystąpiły najpierw objawy porażenia ośrodka oddechowego, a wtórnie dopiero objawy naczynioruchowe. W obu naszych przypadkach nie było drgawek ani napadu podobnego do epileptycznego, wystąpiły natomiast w obu przypadkach wymioty, czego nie notuje Schwarz. Uderzające jest, że zatrucie w przypadku drugim, który się szczęśliwie skończył, wystąpiło już w 3 minucie po znieczuleniu u chorej w pozycji siedzącej i po dawce 0,0664 g tutokainy lumbalnie. Dawka w przypadku pierwszym wynosiła 0,1 g tutokainy lumbalnie, w przypadku Schwarza 0,16 g tutokainy dopęcherzowo.

W klinice ginekologicznej lwowskiej używaliśmy do znieczuleń lumbalnych, których było ogółem około 500, tutokainy w 90 przypadkach. Pierwotnie stosowaliśmy w 59 przypadkach tutokainę bez adrenaliny (przygotowaną z preparatu w proszku), następnie w 26 przypadkach w roztworze 1%, fabrycznie napełnianą (oryginalną), a w końcu w 5 przypadkach przygotowywaliśmy *ex tempore* z tabletek „T II" (oryginalne pakowanie fabryczne), w następujący sposób: kolbkę 50 g przepłukano przed każdem gotowaniem wodą destylowaną, 30 cm³ wody destylowanej gotowano w tej kolbce przez 6 minut, przyczem odparowywało średnio 10 cm³. Do pozostałych 20 cm³ wrzącej wody wrzucano tabletkę tutokainy „T II" i gotowano dalszych 6 minut, tak, że w końcu zostawało średnio 10 cm³ 1% tutokainy.

Dawkę potrzebną do operacji trwającej do 90 minut, określaliśmy na 0,08 g tutokainy, t. j. 8 cm³ 1%. Dawki wyższe, nawet 0,1 g, znosiły chore dobrze (przy dawkach bliskich 0,1 g tutokainy w 6 przypadkach obserwowano wymioty).

Że już 0,0664 g tutokainy w naszym przypadku drugim wywołało ciężkie zatrucie, dowodzi to, że dawka ta dla t e j chorej była już bardzo trująca (idiosynkrazja?), względnie, że przez przygotowanie z tabletek „T II" roztwory stawały się tak znacznie toksyczne. Uderzające było, że 85 znieczuleń pierwszych tutokainą nie dały objawów zatrucia, prócz wymiotów w 3 przypadkach, natomiast 5 znieczuleń tutokainą z tabletek „T II" wywołało wymioty we wszystkich 5 przypadkach, w tem w 2 przypadkach ciężkie zatrucie, jedno śmiertelne.

Możliwe jest, że tutokaina rozkłada się wskutek 6 minutowego gotowania. Badania nad toksycznością tutokainy rozmaicie przygotowanej są w toku, przypuszczam, że one wyjaśnią, dlaczego dawka 0,0664 g tutokainy była tak jadowita.

W przypadku pierwszym, podobnie jak i w przypadku Schwarza, sekcja wykazała utrzymującą się grasicą i rozrosły układ limfatyczny, jako cechy stanu określanego mianem *„status thymico-lymphaticus"* (konstytucja grasiczo-lymfatyczna). Znana jest małowartościowość osobników, u których ten stan stwierdzono, i to nietylko mała odporność przeciwko rozmaitym jadom, ale również mała odporność na urazy po zabiegach chirurgicznych.

Opisano przypadki nagłej śmierci u takich osobników nawet po kilku kroplach eteru.

Śmierć więc po znieczuleniu lędźwiowem nie przemawiałaby kategorycznie przeciwko danemu środkowi, użytemu do znieczulenia, dowodzi natomiast, że dawka, którą osobnik zdrowy byłby zniósł dobrze, była już dla osobnika ze *status thymico-lymphaticus* dawką śmiertelną.

Drugi przypadek sprawił, że nie używamy odtąd w klinice tutokainy w tabletkach. Nasunęło się nam bowiem z konieczności przypuszczenie, że preparat tutokainy w tabletkach, działał więcej trująco, aniżeli preparaty inne tego środka, których używaliśmy dotychczas. Rozpoczęliśmy natychmiast badania doświadczalne na zwierzętach, które może wyjaśnią, na czem polega ta większa toksyczność tutokainy. To też nie wysnuwając narazie zbyt daleko idących wniosków, uważaliśmy za obowiązek podać powyższe dwa przypadki do wiadomości ogółu kolegów. O wynikach doświadczeń nie omieszkamy donieść.

Piśmiennictwo:

1. G a r b i e ń: O znieczuleniu lumbalnem tutokainą. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 24 (dokładnie zebrane piśmiennictwo odnośnie do tutokainy). 2. H o r n o w s k i: Badania anatomo-patol. nad stosunkiem grasicy do gruczołów. Lwowski Tyg. Lek. 1913. str. 665 i nast., str. 734 obszerne piśmiennictwo. — 3. S c h w a r z: Ueber einen Todesfall nach Anaesth. d. Harnröhre mit Tutokain. Münch. med. Woch. 1924. str. 1507.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Ada MARKOWA. Kraków.

O rozszerzeniu wskazań do cięcia cesarskiego *).

Patologja czynności porodowej, uwarunkowana szeregiem przyczyn, leżących bądź w organiźmie matki, bądź we właściwościach jaja płodowego, wykształciła operacyjną część położnictwa, której skala jest dosyć rozległa. Punktem szczytowym tej skali jest konstrukcja drogi porodowej ponad miednicą kobiety, *laparohysterotomia*, zwana w życiu codziennem dość niefortunnie cięciem cesarskiem.

Już po łacinie *sectio caesarea* jest pleonazmem, w tłumaczeniu na języki żywe jest nonsensem, który jednak głęboko zapuścił korzenie przyzwyczajenia. Wypowiedzieli temu nonsensowi wojnę Niemcy, starając się spopularyzować nazwę Schnittentbindung. Tak zasłużony jednak dla rozwoju cięcia cesarskiego Kuestner radzi zaniechania wojny lingwistycznej i pozostawienia tej monarchicznej nazwy najbardziej arystokratycznemu wśród położniczych zabiegów.

Operacja zwana cięciem cesarskiem budzi do dziś dnia — powiedzmy to sobie otwarcie — dreszczyk zgrozy. W końcu 18-ego wieku zgroza ta była tak silną, że sami lekarze uważali za rzecz sumienia założenie t. zw. société anticésarienne. Z jednej strony wpłynęły na to złe bardzo wyniki operacyjne, z drugiej wykształcająca się wówczas od lat 20 *symphyseotomia*.

Po upływie dwu i ćwierć wieku na kongresie położników francuskich odbytym w Paryżu w październiku 1925 raz jeszcze starły się ze sobą te zabiegi. Lecz *qualis mutatio rerum:* triumf cięcia cesarskiego przeszedł ramy programu.

Nie jest to jednak już cięcie cesarskie z 18 wieku, co więcej nie jest to już nawet to cięcie z końca 19-ego, które, przyswoiwszy sobie zdobycze chirurgji i oparłszy się na szeregu położniczych przesłanek, doprowadziło w dobrze postawionych zakładach do minimalnej bezpośredniej śmiertelności. Jest to już metoda nowa, dobrze ugruntowana pod względem anatomicznym, fizjologicznym i bakterjologicznym, t. zw. cięcie cesarskie w dolnym odcinku.

---

*) Wykład w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 21. IV. 1926.

Myśl o przeniesieniu pola operacyjnego z trzonu macicy, to znaczy z właściwego motoru porodowego do dolnego odcinka biernego powstała w głowie Joerga w r. 1806 a właściwej rozbudowy technicznej doczekała się w sto lat później w osobach Franka i Sellheima. Odtąd ta rozbudowa idzie w tempie szybkiem i metoda operowania w odcinku dolnym, cięcie cesarskie nadłonowe jest dziś operacją wyboru.

Rozwija się ono w dwu odmianach: odmianie zewnątrz otrzewnowej i odmianie śródotrzewnowej, *sectio caas. extraperitonealis* i *sect. caes. suprapubica transperitonealis.*

Jakież zyski wynikły z przyjęcia nowej metody operacyjnej?

Już cięcie cesarskie klasyczne w wieku 19-ym znacznie rozszerzyło teren swojego działania. Z operacji, która uwzględniała rozwiązanie żywej kobiety jedynie tam, gdzie ono było zupełnie niewykonalne *per vias naturales,* stała się operacją ratującą życie dziecka, to znaczy ogarnęła teren wskazań względnych. Wkroczyła też na teren *eclampsji,* łożyska przodującego, przedwczesnego odklejenia się łożyska prawidłowo usadowionego, etc. Lecz wyniki dobre, uwarunkowane były szeregiem ścisłych zastrzeżeń: operatorowie, rozporządzający imponującemi serjami wyników, wykluczali od zabiegu wszelkie przypadki zakażone lub podejrzane o zakażenie, przypadki bądź wogóle badane wewnętrznie *sub partu* bądź badane niewłaściwie, przypadki po dłużej trwającym odpływie wód. Z obawy przed możliwem zakażeniem w związku z dłużej trwającem rozwarciem dróg porodowych operowali z odezwaniem się pierwszych bólów. Pozbawiali się więc możności obserwowania porodu i operowali bezwątpienia zapobiegawczo już tam, gdzie niejednokrotnie jeszcze mógł się odbyć poród płodu żywego nawet siłami natury. Ustalili oni jeszcze jeden warunek, stan dziecka przed zabiegiem absolutnie dobry, albowiem trudno o większy wstyd niż wydobycie płodu nieżywego lub niedającego się docucić po tak ważkim zabiegu jak cięcie cesarskie.

Ale radość z pięknego dorobku statystycznego, uzyskanego w ten sposób, mąciły następstwa późniejsze: zrosty i ich następstwa, i co gorsza pękające blizny w obrębie macicy. Śmiertelność wynosząca 13% operowanych kobiet a 60% płodów w ciążach następowych po szczęśliwie przebytem cięciu — to pokłosie, które silnie tłumiło zapał operacyjny.

Cóż dała nowa metoda w swych obydwu odmianach? W pierwszym rzędzie olbrzymi spadek śmiertelności i chorobowości nie tylko tam, gdzie przypadki były *a priori* czyste, lecz tam, gdzie owa czystość była już wątpliwą lub gdzie zakażenie było jawne mniej lub więcej ciężkie.

Musimy się porozumieć co uważamy tu za zakażenie. Bez wątpienia w rachubę może wchodzić tylko zespół objawów klinicznych, albowiem na czekanie na wyniki badania bakterjologicznego nie ma czasu, a badanie odchodów i nie wystarcza i nie jest miarodajnem.

Na podstawie wyników bakterjologicznych badań Bondy'ego twierdzi Küstner, że takie kliniczne orzeczenie jest miarodajne, albowiem wyniki badania bakterjologicznego następowo przeważnie to orzeczenie potwierdzało.

Dalej przebieg pooperacyjny znacznie łagodniejszy aniżeli po cięciu cesarskiem klasycznem. Zwolennicy c. c. pozaotrzewnowego twierdzą, że pacjentka wogóle nie robi wrażenia osoby u której otwarto jamę brzuszną.

Gdy znikł strach przed zakażeniem, szczególniej przed samozakażeniem w związku z długotrwałym porodem, a nawet z odpływem wód, powstał cenny moment, a mianowicie możność śledzenia przebiegu porodu i uzależnienie ewentualnej operacji nietylko od miednicy, lecz i od owego przebiegu. Jest to rzecz szczególnie ważna dla miednic względnie ścieśnionych. Na przebieg porodu przy takiej właśnie miednicy składa się tyle niewiadomych zmiennych, że żaden doświadczony położnik nie będzie tego równania apodyktycznie *a priori* rozwiązywał na rzecz tej lub innej operacji. A przecież robił to wykonując *sectio caes. classica* przy względnie ścieśnionej miednicy już na początku porodu i można śmiało powiedzieć, że spora liczba cięć cesarskich z tego wskazania była wykonywaną niepotrzebnie.

A teraz losy blizny, to znaczy późniejsze losy operowanej. Bezwątpienia cięcie cesarskie w dolnym odcinku nie jest jeszcze tak starą operacją, by na to zagadnienie dało już ostateczną odpowiedź. Ale zanosi się na odpowiedź bardzo korzystną. Z większych statystyk przytoczę tu zestawienie Wetterwalda, dotyczące takich 45 operowanych, z ogólnej liczby ponad 200 które były w ciąży ponownie pod jego obserwacją. Z tych u 13 wykonał znowu *s. caes. suprapub.* i nie znalazł wogóle zrostów. 32 obserwował wśród porodu. Z tych część rodziła siłami natury, jedna nawet 6 razy, u niektórych wykonywano różne zabiegi położnicze, jak kleszcze, — obrót, — blizna wytrzymała. Zdaniem Sellheima próbą zupełnej wytrzymałości blizny jest przeprowadzenie całego porodu siłami samej macicy.

Jedna pacjentka zmarła skutkiem pęknięcia blizny. Rodziła ona w domu wbrew ostrzeżeniom operatora.

Vogt i Chatillon obserwowali pacjentki, które same urodziły po dwukrotnie wykonanej *sectio caes. suprapubica.*

Największa zbiorowa statystyka obejmuje 3600 przypadków *sectio caes. suprapub.* W tem było 10 przypadków śmierci wśród następnego porodu z powodu pęknięcia blizny. Wynosi to 1: 360, to znaczy 0,28%. Przy cięciu ces. klasycznem częstość pękania blizn wynosiła do 4%.

Gdy zaś obliczymy stosunek pękających blizn nie do ilości wykonanych zabiegów, boć sterylizowane kobiety potem nie rodzą, lecz do ilości późniejszych ciąż wzgl. porodów, to, jak stwierdził Holland, anglik, w r. 1921, na 100 takich porodów po cięciu klasycznym, 25 razy pęka blizna. Wetterwald otrzymał jedno pęknięcie na 32 porodów, wynosiłoby to 3% zamiast 25%.

Olshausen, Leopold, Schauta, amerykanin Mac Glinn oczekiwali innych wyników ze względu na to, że odcinek dolny ulega przy porodzie wyciągnięciu i że przy samoistnych pęknięciach macicy on właśnie pęka, nawet gdy był przedtem nienaruszony.

Rzeczywistość zaś odwrotnie, podkreśliła większą wytrzymałość blizny w dolnym odcinku.

Czem się to tłumaczy?

Różnica między odcinkiem górnym a dolnym polega na tem, że górny jest właściwym terenem, skurczów i rozkurczów, w dolnym znacznych wahań między skurczem a zwiotczeniem niema. Wedle Czyżewicza rozciągnięcie i osłabienie blizny w dolnym odcinku w ciąży wogóle nie wchodzi w rachubę, gdyż ów odcinek wtedy nie istnieje wzgl. schodzi do bardzo małych rozmiarów. Jajo płodowe naciska na jego ścianę znacznie później niż na ścianę trzonu.

Rosner tłumaczy większą wytrzymałość blizny w dolnym odcinku między innemi tem, że w jej obrębie w czasie gojenia się nie wchodzą w rachubę zmiany regressywne, rozgrywające się w trzonie. Dalej podkreślano fakt, że miażdżone szerokie brzegi rany trzonu gorzej się goją, aniżeli cienkie i gładkie odcinka dolnego.

Wedle Kuestnera w połowie przypadków po cięciu ces. klas. mamy do czynienia z ciepłotą do 38 stopni i powyżej. Odpowiada to powikłaniu w gojeniu rany i takie blizny mogą ulec, ścieńczeniom i pęknięciom.

Badania nad łożyskiem przodującem rzuciły dużo światła na kwestję wytrzymałości blizny po cięciu i stwierdziły, że jego to usadowienie się na starej bliźnie czyni ją niewytrzymałą.

A wszak w połowie przypadków po cięciu klasycznem łożysko z natury rzeczy siedzi na starej bliznie i stwarza warunki do pęknięcia. To też Singer znalazł łożysko w pękniętej bliznie po cięciu klasycznem 27 razy.

Ta skłonność odpada naogół, gdy się operuje w odcinku dolnym, a staje się aktualną dopiero przy *praevii* następowej po *sectio caes. suprapubica,* jak tego dowodzi przypadek Vogta. Wykonał on *sectio caes. suprab.*, poczem pacjentka rodziła raz siłami natury — dobrze. Przy następnym porodzie *praevia* spowodowała pęknięcie blizny w dolnym odcinku.

Przy operacji okazało się że otrzewna szyta trzymała się, zaś pod nią leżały kosmki.

Przypadek Baischa jest niemal klasycznym dla porównania odporności blizn w trzonie i w odcinku dolnym jak również przypadek Kuestnera.

Baisch wykonał u pacjentki *sect. caes. classica.* W okresie zdrowienia przyszło do zapalenia otrzewnej. Potem wykonał u niej *sect. caes. suprapub.* Przy 3-ciej ciąży pękła blizna w ścianie — blizną w szyjce ostała się.

W przypadku Kuestnera blizna leżała przeważnie w szyjce część była w trzonie. Była to więc *sectio cervico-corporealis.* Gdy nastąpiło pęknięcie, pękła tylko ta część, która leżała w trzonie.

Niektórzy autorowie, jak Walthard z Zurichu, sądzą odwrotnie, że blizny usadowione w tem miejscu, gdzie uprzednio leżała *placenta,* są specjalnie skłonne do pękania i dlatego przy *praevii,* zasadniczo operują w trzonie. Szereg spostrzeżeń nie potwierdza tych obaw. Vogt obserwował 8 przypadków, w których wykonał *sectio suprapub.* z powodu *praevii,* gdzie potem były bądź porody samoistne, bądź kleszcze, z wynikiem dobrym.

Do pęknięcia blizny po *sectio caes. suprapub.* usposabiać może: niedokładne szycie, ciężkie zakażenie, przekraczanie dolnego odcinka i zapuszczanie się w motor, to znaczy *sectio cervico-corporealis,* zabiegi wewnątrzmaciczne takie jak obrót i wreszcie następowa *placenta praevia.*

Tak więc przedstawiają się zalety nowej metody. A teraz czemu istnieją dwa obozy?

Przyczyną ich istnienia jest obawa przed zakażeniem możliwem w czasie porodu.

To zakażenie stanowi jednak dotąd, choć już nie dla wszystkich operatorów, ograniczenie rozciągłości zabiegu.

Przez rzetelną pozaotrzewnową metodę rozumię taką, gdzie ani niema rozdarć otrzewnej niezamierzonych i zaszywanych, ani też niema programowego otworu do zaglądania. Tę metodę doprowadził do doskonałości Latzko i Kuestner, a wśród jej wybitnych przedstawicieli znajdują się Doederlein, Bumm i inni. Kuestner uważa tę metodę za bezwzględnie bezpieczną we wszelkich okresach porodu i wszelkich rodzajach i nasileniach zakażenia. Jej bezpieczeństwo, względnie niebezpieczeństwo równa się niebezpieczeństwu związanemu z zakładaniem wysokich kleszczy. Ponieważ ta metoda wyklucza zupełnie zetknięcie się otrzewnej z zakażoną treścią macicy, przeto odpadałoby niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej i od strony zakażenia nie byłoby przeciwwskazań dla zabiegu. Z tą samą chwilą niema już usprawiedliwienia dla przedziurawienia na dziecku żywem i życie płodu w każdym okresie porodu może być uratowane, bez specjalnego narażania matki. Stan płodu w chwili wykonywania operacji nie musi być bez zarzutu, przeciwnie wolno mu zdradzać objawy grożącego uduszenia.

Wyniki operacyjne samego Kuestnera a i szeregu innych operatorów potwierdzałyby te założenia. A jednak znane są liczne przypadki, gdzie w takich razach nastąpiła śmierć operowanej. Nienaruszona otrzewna okazała się wprawdzie odporną, ale wystarczyło ropienie tkanki okołopęcherzowej, przedotrzewnowej z której się rozwinęła *phlegmona pelveos*. I szereg operatorów twierdzi, że właśnie otrzewna odcinka dolnego jest odporniejsza na zakażenie, aniżeli tkanka łączna miednicy małej.

Poza Kuestnerem, który w r. 1915 ogłosił serję cięć pozaotrzewnowych, złożoną ze 110 przypadków, niezamąconych śmiercią, statystyki zwolenników obu obozów mało się różnią cyfrowo. Różnią się one głównie rozczłonowaniem na grupy w związku z wielorakością wskazań.

Śmiertelność przy jednej i drugiej metodzie obraca się w granicach 3%. Najnowsze zestawienia wykazują wbrew dawnym, że śmiertelność kobiet przy zabiegu w obrębie otrzewnej jest jednak daleko mniejsza i wynosi przeciętnie 2.1%.

Gdy dodamy do tego trudną technikę cięcia rzetelnie pozaotrzewnowego, która zmusza operatora czasami nawet do zmiany dyspozycji wśród operacji, możność skaleczenia pęcherza, niemożność sterylizowania, to otrzymamy argumenty obozu, operującego wśródotrzewnowo. Dalej, śmiertelność płodów przy metodzie śródotrzewnowej jest wybitnie mniejsza. Obliczono ją optymistycznie na 0% w stosunku do 7% przy pozaotrzewnowej, a pesymistycznie na 2—4% w stosunku do owych 7%.

To też dzisiaj niemal wyłącznie metodą śródotrzewnową operuje Ameryka, a w Europie Anglja, Włochy, Szwajcarja, Hiszpanja, częściowo Francja. Większość klinik niemieckich również porzuciła drogę *extraperitonealną;* ostatnio Bonn, Królewiec, aczkolwiek uznaje, że ta ostatnia metoda może znaleźć szersze zastosowanie i to przedewszystkiem dla przypadków brudnych.

Obie metody mają to wspólne, że można pozostawić odejście łożyska siłom natury, względnie przeprowadzić *expressio modo Credé*, a nie trzeba wydobywać łożyska ręcznie, jak się to robiło przy cięciu cesarskiem klasycznem. Zmniejsza to wybitnie krwotok i sposobność do zakażenia.

W państwowej Szkole położnych operujemy metoda *transperitonealną*. Technika jej jest łatwa: otwarcie brzucha przeważnie cięciem Pfannenstiela, otrzewna brzuszna podłużnie. Na macicy przecinamy otrzewną poprzecznie ponad załamkiem i odpreparowujemy w górę i wdół. Przez obnażony z otrzewnej odcinek robimy podłużne cięcie tak, by ono wygodnie przepuszczało główkę bez dodatkowych rozdarć. Łożysko *per Credé*. Do mięśnia macicy *pituitryna*, nieco wcześniej do pośladków ergotyna. Dwa piętra szwów węzełkowych na ranie. Trzecie piętro łączy odcinki otrzewnej.

W dwu lub trzech przypadkach zmuszeni byliśmy przedłużyć cięcie na odcinek górny, to znaczy zrobiliśmy *s. cervico-corporealis*.

Trudno zrozumieć liczne wyrzekania operatorów francuskich na niedogodności tej metody. Wśród francuzów wyjątek stanowi Schickélé, który do października 1925. wykonał tym sposobem 234 operacyj z ogólną śmiertelnością 2.9%. W tem śmiertelność skutkiem zakażenia stanowi 1.7%. Ani gorączka ani zakażenie, ani liczne badania, ani próby wykonania obrotu, ani uprzednie zakładanie kleszczy nie stanowią dla Schickelégo przeciwwskazania dla wykonania *s. c. transperitonealis*. Dla niego istotnie *craniotomia* na dziecku żywem przestała istnieć, a zakładanie kleszczy wysokich w jego zakładzie spadło silnie.

Gdy idzie o próbne stosowanie innych zabiegów przed *s. c. transperitonaealis*, to obecnie Fränkel z Wrocławia w przypadkach, gdzie to jest wykonalne, poleca próbne założenie lleszczy Kiellanda. Odpowiada to poglądom kliniki poznańskiej, wyrażonym przez Bajońskiego. Autor niemiecki Kallman poleca w takich razach ograniczenie się do jednej trakcji. Holland jednak ostrzega wogóle przed tego rodzaju zabiegami: w tych razach otrzymujemy 27% późniejszej śmiertelności płodów co silnie podważa celowość następowego (po kleszczach) cięcia cesarskiego.

Wracając do techniki jest ona istotnie łatwa, tem nie mniej zabieg nadaje się tylko do zakładu, a położnik musi umieć operować.

Operujemy zawsze w nieznacznym Trendelenburgu. Upływ krwi, jest na ogół dużo mniejszy, niż przy *s. c. classica*, również i wtedy, gdy operujemy z powodu łożyska przodującego. Peritonizacja bardzo dokładna ze względu na doskonale na siebie zachodzące odcinki górny i dolny. Przeniesienie zarazków, o ileby były, na dalsze okolice otrzewnej utrudnione. Przy jako tako dobrem uśpieniu jelit się wogóle nie widzi. Zmiany zapalne, o ile do nich przychodzi łatwiej sie umiejscawiają w *hypogastrium*, gdzie się poruszamy. Dobre wyniki tej metody tłumaczy Opitz jeszcze tem, że szyjka macicy jest odporniejsza na zakażenie dzięki przystosowaniu. Wszak i w połogu znajdujemy rzadziej zarazki w trzonie, a brzegi naddarte szyjki, nurzające się w pochwie i odchodach, nader rzadko ulegają zakażeniu.

W latach poprzednich *sectio ces. transperitonealis* w szkole położnych nie była zabiegiem wyłącznym. To też przedstawię tu materjał od 1 stycznia 1925. do chwili obecnej. Obejmuje on 32 przypadki.

Z tych 16 zabiegów przypada na wieloródki z przeszłością położniczą tego rodzaju, że sprowadziło je do zakładu pragnienie posiadania dziecka żywego. Były to więc kobiety, które bądź same rodziły dzieci nieżywe, lub zmierające tuż po porodzie, lub u których wykonywano wymóżdżenie, kleszcze i obroty, te ostatnie bez powodzenia. Największa liczba dzieci nieżywych w tej grupie wynosiła 6, najmniejsza 1. *C. vera* w tej grupie wynosiła od 7 i pół cm do 9 i pół cm. Typy miednic: płaska, zwykła i krzywicza, ogólnie ścieśniona, ogólnie ścieśniona i płaska. U jednej z pacjentek zachodziły zmiany gruźlicze w obrębie stawu biodrowego i kolanowego.

Z tych kobiet, 7 przebywało w zakładzie przed chorobą, 9 przybyło wśród porodu. Te, które przebywały uprzednio w zakładzie nie były badane już wśród porodu. Część świeżo przybyłych była badana wewnętrznie. Ilość godzin poświęconych na wyczekiwanie wynosiła od kilku do 48—50. zależnie od przypadku, termin odejścia wód, nie wpływał na postanowienie. W żadnym jednak przypadku, nawet po 48 godzinach odpływ wód nie spowodował wybitnych wzniesień ciepłoty, najwyższa wynosiła 37,5 C.

Dalej mamy trzy przypadki, w których wykonaliśmy cięcie poraz drugi u tej samej osoby: raz po klasycznem, dwa razy po nadłonowem. W jednym z tych ostatnich odnaleźliśmy w dolnym odcinku piękną linijną bliznę. (Audebert twierdzi, że u 75% blizna ta przerasta włókienkami mięsnemi i trudno ją odszukać). Odpreparowanie otrzewnej nie przedstawiało większych trudności. W tych razach sterylizujemy, chyba, że pacjentka sama życzy sobie jeszcze raz być w ciąży. Zresztą pacjentek, które operujemy poraz pierwszy nie sterylizujemy. Wyjątek stanowił ów przypadek gruźlicy stawów.

Uważam jednak ze względów ludzkich, że pacjentka, która dla posiadania dzieci dwukrotnie poddała się tak poważnemu zabiegowi, powinna być chronioną, jeżeli sobie tego życzy, przed trzecią ciążą.

W trzech przypadkach wykonaliśmy *s. c. transp.* u pierwiastek: raz była miednica ogólnie ścieśniona i płaska. Po 26 godzinach, pierścień skurczowy sięgał do pępka, głowa znajdowała się nad wchodem.

Drugi raz zachodziło wskazanie bezwzględne: karlica, wzrost 1 m. 28 cm.

Trzeci raz: chodziło o osobę dobrze zbudowaną o prawidłowej miednicy. Wśród porodu, który trwał dwie doby i wśród którego była badaną, raz przez uczennnicę, dwa razy przez, lekarza, wystąpił a s y n k l i t y z m. Wyciągnięcie dolnego odcinka dawało bezwzględne wskazanie do ukończenia porodu, a pacjentka chciała mieć dziecko żywe.

Jeden mamy przypadek rzucawki porodowej. Odnosi się do pierwiastki.

Ciąża ukończona. Przed zabiegiem 4 ataki. Drogi porodowe zamknięte, po zabiegu ataki się jeszcze utrzymywały około dwu dni, aczkolwiek już znacznie słabsze. Dziewięć przypadków odnosi się do *placenta praevia centralis*. Z tych dwa były operowane natychmiast, a 7 po wyczekiwaniu, które w jednym wypadku trwało do 5 tygodni, dzięki czemu, ciąża doszła do właściwego kresu.

Wszystkie przypadki były badane w zakładzie i w chwili przyjęcia i dla kontroli konieczności zabiegu tuż przed operacją. Do operacji przystępowało się, gdy po kilku mniejszych krwotokach, jak to w takich razach bywa, rozpoczynał się krwotok większy. Na wielki krwotok, lepiej nie czekać. Jedna z tych pacjentek była badana przez akuszerkę na wsi na parę godzin przed zabiegiem.

Jak z tego zestawienia widać, skala wskazań w moich przypadkach jest dosyć rozległa, nie wyczerpuje jednak wszystkich wskazań, jakie już dotąd zna literatura, takich, jak: *prolapsus umbilici*, guzy, przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego, stany po *protixurach (ventrofixatio m. Doleris, Czerny* etc.), stany po operowanych przetokach moczowych i t. d. Takie przypadki nam się nie nasunęły.

A teraz wyniki: Z matek nie zmarła ani jedna. Przebieg pooperacyjny był nader korzystny, w licznych przypadkach bez reakcji. Przebieg gorączkowy zachodził u pacjentki z łożyskiem przodującem badanej przez akuszerkę na wsi i u tych, gdzie były komplikacje. Wśród powikłań dwa razy było zapalenie płuc, 3 razy *secunda*. Dwie *secundy* odnoszą się do porodów, które trwały dwie doby (w tem ów asynklityzm), gdzie wody dawno odeszły. Jedna *secunda*, gdzieśmy operowali przy stojącym pęcherzu i gdzie uderzyło nas cuchnienie, wylewających się wód u zresztą niebadanej pacjentki.

W jednym przypadku przebieg powikłany przez *thrombophlebitis sinistra*. W tym przypadku płód znajdował się w postawie drugiej, *positio dorso-posterior*. Może skutkiem tego nastąpiło takie skręcenie macicy około jej osi, że pole operacyjne stanowiła niemal wyłącznie lewa krawędź i cięcie poszło skutkiem tego za blisko splotów żylnych, z których bardzo liczne trzeba było obszyć. Krwawienie nie silne, lecz uporczywe przedłużyło też i operację, której czas trwania w warunkach zwykłych wynosi 35 do 45 minut.

Łożysko przodujące nie czyni zabiegu bardziej krwawym. Ono samo wstawia się do rany, należy więc nad niem szybko przejść i wykonać obrót. Tu też niejednokrotnie zachodzi potrzeba wydobycia ręcznego łożyska. Dopiero po opróżnieniu macicy i jej ściągnięciu się widzimy, jak olbrzymie zatoki żylne leżą w ścianie dolnego odcinka. Do ich otworu wchodzi z łatwością dziób imadła.

Wszystkie dzieci urodzono żywe. Zmarło z nich dwoje: jedno przy *placenta praevia centralis*. Sekcja wykazała *foramen ovale apertum*, płód nie był więc zdolnym do życia. Drugie dziecko eklamptyczki zmarło na trzeci dzień po porodzie po licznych drgawkach. Sekcja wykazała *haematoma subdurale* poza ogniskowemi zmianami w wątrobie: niektóre komórki były bardzo znacznie stłuszczone, z jądrami pyknotycznemi. Miejscami ogniska *erytroblastyczne*. Noworodek ten urodził się asphyktyczny i był cucony.

Przeważnie wydobywamy płody zapomocą obrotu. Dwa razy zakładaliśmy kleszcze Latzki, raz hebel. Heblem była zwykła „szpatla".

W przyszłości wypróbuję, jak będzie funkcjonował palec wprowadzony do buzi dziecka.

Dzieci były wszystkie donoszone.

Waga od 2870 do 4400, następny rozwój przeważnie korzystny. Są to więc wyniki bardzo pomyślne. Uderza w naszej statystyce brak przypadków *a priori* zainfekowanych. W r. 1924. w przypadku wyraźnie zainfekowanym wykonałam *s. c. extraperitonealis* w ścisłem znaczeniu tego słowa bez naruszenia otrzewnej. Pacjentka zmarła wśród objawów ciężkiego zakażenia.

Jak już wspomniałam infekcja przestała być zaporą operacyjną dla obydwu obozów, w szczególności dla Küstnera, Waltharda, Opitza, Schickelego i wielu wielu innych.

Nie wiem jednak, czy w przypadku wyraźnie ciężkiego zakażenia zdecydowałabym się na wykonanie *s. c. transperiteonalis*.

W najnowszej swojej pracy (1926) stoi Benthin na stanowisku, licznie dziś jeszcze podzielanem, że gorączka pochodząca z narządów rodnych jest przeciwwskazaniem do zabiegu. Nie uznają tego stanowiska wymienieni wyżej autorowie, którzy też operują przy jawnem, ciężkiem zakażeniu.

Natomiast niejednokrotnie jeszcze musimy wykonywać wymóżdżenie tam, gdzie matka sama lub otoczenie stanowczo sprzeciwiają się operacji, do której oczywiście zmusić nikogo nie można przy wskazaniu względnem.

Z przypadków, gdzie nie wykonałam *s. c. transp.* pouczające są dwa.

Jeden dotyczy porodu przy miednicy ciasnej I stopnia i położeniu pośladkowem. Pierwsze dziecko pacjentka urodziła na prowincji nieżywe. Sądziłam, że ściągnąwszy nóżkę będę miała poród w ręku. Dziecko okazało się bardzo duże. Po pomocy ręcznej nie dało się docucić. Połóg przebiegał ciężko, o wiele ciężej, niż zdrowienie po *sectio*.

Drugi przypadek z czasów, gdy *placenta praevia centralis* nie była jeszcze dla mnie bezwzględnem wskazaniem do *laparo-hysterotomii*. Skutkiem silnego krwotoku wśród badania przy ujściu na cztery palce wykonano obrót. W rezultacie śmierć matki i płodu. Jednego i drugiego można było uniknąć.

To też obecnie stoję na stanowisku, że w przypadkach *praevia centralis* jedynym zabiegiem właściwym jest rozwiązanie *per s. caesaream* i tej zasady ściśle się trzymam. Czy to obrót *modo* Braxton Hicks, czy *hystereuryza*, którą tak poleca Küstner jest, wobec odwróconego biegu rzeczy, z jakim przy *praevii* mamy do czynienia, niewłaściwością, polegającą na niewyciąganiu wniosków z sytuacji, niejako na niedostosowaniu się do niej.

Dziś już olbrzymia większość położników daje wyraz temu poglądowi. *Hystereuryzę* należy pozostawić co najwyżej dla kombinacji *praevii* z płodem nieżywym, no i dla *praevii* w miesiącach wczesnych.

Można dyskutować tylko nad tem, czy przy *placenta praevia* przecinać *corpus* czy szyjkę.

W moich 9 przypadkach cięcie przez dolny odcinek nie nastręczyło żadnych osobliwych trudności technicznych. Statystyka zaś poucza, że łatwiej o pęknięcie blizny po cięciu klasycznem, niż pozaotrzewnowem przy następowym porodzie.

Ponieważ pacjentki po *placenta praevia* więcej niż inne predystynowane są do tego, że następny poród odbędzie się u nich siłami natury, liczę się z umiejscowieniem blizny i pozostanę przy dolnym odcinku.

Z przedstawionego tu przezemnie obrazu jasno zarysowuje się duży krok naprzód jaki uczyniło położnictwo operacyjne, zmieniając tak gruntownie metodę cięcia cesarskiego.

W walce ze śmiertelnością rodzących i ich płodów znalazło ono zastosowanie na szerokim terenie i zwycięża. Ta okoliczność spowodowała nietylko rozszerzenie wskazań, lecz co może ważniejsze elastyczność decyzji, która przystosowuje się do porodu. Stąd swoboda ruchów i panowanie nad porodem w każdym jego okresie.

Cięcie cesarskie w odcinku dolnym jest dzięki tym okolicznościom bronią wszechstronną i opanowało całokształt patologji porodu, zarówno w zależności od kanału kostnego, jak od części miękkich, jak wreszcie od jaja płodowego.

To też wszystkie zakłady polskie stanęły na gruncie rozszerzania wskazań, co znalazło swój wyraz na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

Gromadzki usiłuje też stworzyć dla wskazań możliwie elastyczną formułę.

Zapał dla zabiegu nie oznacza zapoznawania niebezpieczeństwa, związanego z niem, bodaj z tytułu *laparatomii*.

To też dążenie do idealnego celu, jakim jest żywa matka i żywe dziecko nie może nas nigdy prowadzić do operowania zapobiegawczego, jak ostatnio chce radykalne skrzydło zwolenników *s. c. transperitonealis*. (Martius, Schiffman). Taki sposób postępowania skróciłby może czas trwania porodu dla matki, dziecka i lekarza. Wytworzyłby jednak powierzchowność obserwacji, płytkość sądu, a wreszcie *polypragmasię* w stosunku do zabiegu, którego śmiertelność nie równa się jeszcze zeru. Nie będziemy operowali zapobiegawczo nawet tam, gdzie już raz cięcie było ze wskazania względnego, a jeszcze ostrożniej należy postępować z pierwiastkami.

Zechciejmy teraz uporządkować wskazania do zabiegu.

Znajdujemy w literaturze i *rarae aves*, jak np. pęknięcie żylaka w *ligamentum latum*, znajdujemy i inne grupy rzadkie, przypadkowe, stanowiące więc i wskazania rzadkie. Nawet rzucawka, jako wskazanie nie jest tak częstą, gdyż wybucha w różnym stanie dróg porodowych.

Natomiast dwie grupy wskazań występują jakościowo i ilościowo na plan pierwszy i każą się tem samem głębiej zastanowić nad ich etjologją. Są to *placenta praevia* i ścieśniona miednica. Nie wiemy dziś jeszcze dokładnie, jaki wpływ na częstość *praevii* może mieć prophilatyka — skuteczne zapobieganie jest wszak szczytem naszej sztuki. Nie wiemy, gdyż etjologja *praevii* nie jest ustaloną. Napotykamy ją w bardzo różnych warunkach u pierwiastek i u wieloródek, w kombinacji z włókniakami i bez, u kobiet które przedtem chorowały i u tych które rodziły bez zarzutu i t. d. Natomiast, gdy idzie o ścieśnioną miednicę, sprawa przedstawia się jasno .

Wylęgarnią ścieśnionych miednic jest krzywica. Z tego obfitego źródła pochodzi stosowanie naszych zabiegów i ich mniej lub więcej doskonałych metod.

Ze stwierdzenia tego faktu wynika wniosek, którym zamyka swą piękną monografję o cięciu cesarskiem Küstner. Wniosek ten powtórzę: my położnicy, gdy chcemy trafić w sedno sprawy, powinniśmy wyjść poza ramy naszych najlepszych nawet zabiegów i rozpocząć walkę z krzywicą od pierwszych dni bytu noworodka, z tą krzywicą, która spaczywszy kościec kobiety w zaraniu jej życia, przecina to życie niejednokrotnie w pełni jego rozwoju.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

„Nasze, czy obce", przez Doc. Dr. E. Janiszewskiego. W numerze 23. „Polskiej Gazety Lekarskiej" na str. 462, w opisie uroczystości otwarcia Państwowej Szkoły Higjeny i Stacji miej-

skiej higjeny zapobiegawczej w Warszawie, znajduje się następujący końcowy zwrot: „W d. 21 kwietnia b. r. nastąpiło otwarcie dwóch miejskich stacji higjeny zapobiegawczej, przy ulicy Górnośląskiej i przy ulicy Puławskiej w Mokotowie. Są to pierwsze t. zw. „Ośrodki zdrowia“ (za przykładem „Health center“ amerykańskich“ [1]).

Gdyby nasza stolica przypisywała sobie pierwszeństwo urządzenia w Polsce takich ośrodków zdrowia bez powoływania się na przykład amerykański, to nie zabierałbym głosu w tej sprawie i nie prostowałbym mylnie podanej wiadomości. Powoływanie się jednak na przykłady amerykańskie zmusza mnie do następującego oświadczenia.

Pierwszy nie tylko u nas w Polsce, ale na świecie, „ośrodek zdrowia“ powstał w Krakowie w 1910 r. t. j. szesnaście lat temu, kiedy w Ameryce nikomu nie śniło się jeszcze o t. z. „centrach zdrowia“. Nie chcę przez to twierdzić, że Ameryka wzorowała się na Krakowie i od nas zapożyczyła tę myśl, robiąc w tym kierunku próby. Muszę jednak stwierdzić, że wielu Amerykanów i in. cudzoziemców oglądało biuro Miejskiego Urzędu Zdrowia w Krakowie, a w 1918 r. po ośmioletniem istnieniu tego ośrodka, gdy celowość jego była widoczna, opisałem go w „Przeglądzie Lekarskim“ w pracy p. t. „O urządzeniu biur Urzędów Zdrowia w miastach i miasteczkach oraz opis biura Miejskiego Urzędu Zdrowia w Krakowie“.

Nie jest wykluczone, że w Ameryce mogła powstać ta sama myśl zupełnie samodzielnie, ale zjawiła się w takim razie i urzeczywistniła znacznie później niż w Polsce.

Naturalnie, że dwa powstałe w bieżącym roku w Warszawie t. z. ośrodki zdrowia, szczególniej powstały w Mokotowie różnią się od skromnego biura Miejskiego Urzędu Zdrowia w Krakowie, (nie nazwałem bowiem urządzeń krakowskich „ośrodkiem zdrowia“) ale różnica obu urządzeń jest tylko pozorna i jedynie ilościowa. Tak samo jak istnieje różnica ilościowa pomiędzy ośrodkami zdrowia przy ulicy Puławskiej i Górnośląskiej. Zasada i myśl są jednak te same.

Przy Krakowskim Urzędzie Zdrowia istnieje ambulatorjum dentystyczne dla dzieci szkolnych (również pierwsze w Polsce), osobny pokój do badań urzędowych, oraz urządzenia, mające na celu prowadzenie działalności zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. Poradnia przeciwgruźlicza oraz dla osesków i matek mieszczą się w osobnym budynku poza Urzędem Zdrowia. W Warszawie prócz ambulatorjum dentystycznego, urządzeń służących do zwalczania i zapobiegania chorobom zakaźnym, istnieją przy ulicy Puławskiej jeszcze poradnie: dla chorych na jaglicę, na choroby weneryczne, malarję, a poradnie przeciwgruźlicza i dla osesków znajdują się w samym „ośrodku zdrowia“.

Natomiast w Warszawie nie ma wolnego pokoju dla badań urzędowych, nie ma osobnego pokoju, w którym każdy lekarz praktykujący w mieście, w razie jeżeli mu się trafi w praktyce wypadek choroby zakaźnej, mógłby się odkazić lub przebrać przed powrotem do domu, względnie przed dalszemi wizytami u chorych niezakaźnych, prócz tego w Krakowie zwrócono większą uwagę na odpowiednie urządzenie higjeniczne Urzędu Zdrowia w celu działania dobrym przykładem na ludność, w końcu zaznaczono konieczność higjenicznego urządzenia pokoi, w których pracują urzędnicy, (podłogii, ściany, naturalne i sztuczne oświetlenie, biurka, umywalnie, zapobieganie gruźlicy i t. p.).

W Krakowie do ostatnich czasów za mało zwracano uwagi na prowadzenie zapisków, w Warszawie zaś, naśladując dosłownie zagranicę, zbyt dużo wagi przypisuje się sposobowi prowadzenia zapisków, popada w biurokratyczną przesadę i wprowadza za dużo zbytecznej pisaniny. W Krakowie też zbyt mało uwagi poświęcono reklamie i propagandzie. Zresztą porównując Miejski Urząd Zdrowia w Krakowie z nowoutworzonemi stacjami higjeny zapobiegawczej w Warszawie, należy uwzględnić czas powstania tego ośrodka w Krakowie (1910) i w Warszawie (1926), a następnie warunki, w jakich te ośrodki powstały.

Urządzenia Krakowskie powstały w warunkach bardzo ciężkich, każdą rzecz trzeba było z trudem wywalczać, spotykając się na każdym kroku z przeszkodami lub niechęcią, a w najlepszym razie z obojętnością lub brakiem zrozumienia. Zupełnie inaczej szła praca w Warszawie. Rzecz zatem wykonana przed 16-tu laty w Krakowie, jest rezultatem kompromisu pomiędzy tem co się zrobić zamierza, a tem, co się w danych warunkach wywalczyć dało. Ale pomysł jest oryginalnym pomysłem polskim, powstałym i urzeczywistnionym na wiele lat przedtem, zanim pojawił się w Ameryce.

Korzystając z niniejszej sposobności zabieram głos, aby zwrócić uwagę na niewłaściwość tej manji naśladownictwa zagranicy, jaka panuje obecnie u nas na polu spraw sanitarnych. Ślepe naśladownictwo i wychwalanie bezkrytyczne wszystkiego, co obce stanowiło zawsze naszą narodową wadę, ale obecnie wada ta przybrała zbyt wielkie rozmiary. Jeżeli nie ma u nas inicjatywy w jakimś kierunku, jeżeli chwilowo nie posiadamy pomysłów oryginalnych w celu rozwiązania pewnych zadań higjenicznych, to naturalnie zmuszeni jesteśmy na razie naśladować obce wzory, ale jest źle, jeżeli przez nieświadomość, brak krytycyzmu lub niezrozumienie lekceważymy rzeczy dobre już istniejące, oryginalne, a u nas powstałe. Dla Stanów Zjedn. Ameryki Półn., jako Polak, zachowuję i zachowam zawsze głęboką wdzięczność. Nie jestem też bynajmniej jakimś zawziętym wrogiem wszystkiego co cudzoziemskie, chroni mnie przed tem okoliczność, żem się kształcił i dłuższy czas przebywał zagranicą, dobrze poznał zagraniczne stosunki i krytycznie je oceniam. Zresztą jakieś separowanie się od zagranicy uważam w obecnych czasach nie tylko za niemożliwe, ale nawet za szkodliwe. Należy jednak w naśladownictwie zagranicy zachować pewien umiar i pewien krytycyzm; rzeczy dobre, stosowane zagranicą, o ile u nas nie ma lepszych, należy wprowadzać u nas, ale dostosowawszy je do naszych stosunków kulturalnych, naszych potrzeb i naszych finansów. Przez ślepe naśladownictwo zagranicy doprowadziliśmy do tego, że u nas obecnie nie ma żadnego programu sanitarnego państwowego, odpowiadającego naszym rzeczywistym potrzebom, naszej polskiej racji stanu. Wprowadzamy, ślepo naśladując zagranicę, szereg urządzeń, niczem ze sobą niezwiązanych, bez żadnej myśli przewodniej i bez jakiegoś ogólnego planu.

Takiego rodzaju ślepe naśladownictwa zagranicy, jakie się u nas zdarza, osłabia naszą własną twórczość i inicjatywę, zmniejsza nasze znaczenie na międzynarodowym rynku; naśladując ślepo obcych maszerujemy w ostatnich szeregach, nie wnosząc nic nowego, praktycznego, oryginalnego do ogólno ludzkiego dorobku.

O ile silniejsze byłoby nasze położenie, o ile lepszego nabraliby o nas pojęcia delegaci z Londynu, Paryża, Berlina, New-Jorku, a nawet z dalekiej Japonji (jak podnosi przytoczone na początku sprawozdanie), gdybyśmy mogli pochwalić się przed niemi szeregiem Miejskich Urzędów Zdrowia, wzorowanych na powstałych przed szesnastu laty urządzeniach krakowskich, gdybyśmy im byli w stanie przedstawić realny plan polityki sanitarnej polskiej konsekwentnie wprowadzany w życie, lub pokazali im oryginalne nasze urządzenia i miejskie zakłady sanitarne w Krakowie.

Jestem zupełnie pewny, że inicjatorowie uroczystości otwarcia państwowej szkoły higjeny nie z umysłu pominęli wymienione powyżej urządzenia. Było to raczej przeoczenie spowodowane nie złą wolą, ale małą znajomością naszych stosunków i niezrozumieniem znaczenia naszych oryginalnych urządzeń. Niemniej był to błąd ze względu na interes państwa.

[1]) Podkreślone przezemnie.

OCENY.

Ernst Pütter: *Urządzenie, zarząd i prowadzenie szpitali.* (Einrichtung, Verwaltung und Betrieb der Krankenhäuser). Lipsk 1926. (Johann Ambrosius Barth.) Z 62 rycinami i 1 tablicą. Cena 22 M. niem.

Podręcznika szpitalnictwa po polsku niema i nieprędko będzie; trzeba więc używać podręczników obcych. Wśród nich godzien załecenia jest podręcznik Püttera, dyrektora berlińskiej „Charité“, bo książka ta, obejmująca nietylko wiadomości o urządzeniu i zarządzie szpitali, ale także wskazówki, jak je prowadzić, przydaje się nietylko twórcom i kierownikom zakładów leczniczych, lecz także może być przewodnikiem dla każdego lekarza szpitalnego; kładzie ona przytem nacisk na ekonomiczną gospodarkę, licząc się z powojennem zubożeniem i podaje zasady racjonalnego żywienia chorych na zasadzie nowoczesnych postulatów nauki. Pomimo stosunkowo małej objętości (216 stron) zawiera podręcznik Püttera mnóstwo wiadomości szczegółowych, nawet drobiazgowych, aż do wzorów różnych formularzy szpitalnych. Nie wszystko z tych drobiazgów, rzecz prosta, godne jest naśladowania; niejedna rzecz, nadająca się w Niemczech, byłaby u nas nie na miejscu. Niemniej jednak dostarcza ten podręcznik dużego zasobu praktycznych przykładów ,dając zarazem dobry ogólny przegląd całego zakresu szpitalnictwa. Posługiwanie się tym podręcznikiem ułatwiają liczne dobre ryciny oraz wyczerpujący indeks alfabetyczny.

Książka Püttera jest częścią trzeciego wydania wielkiego podręcznika higjeny, wydawanego przez Weyla, a wyszła zamiast podręcznika Diesenera, który wchodził w skład poprzednich wydań dzieła Weyla, dziś zaś jest już nieco przestarzały wobec postępów technicznych ostatnich lat.

r.

Donat, Ebstein, Friedheim, Hohlfeld, Knick, Rittershaus, Schmidt, Sonntag i Wolfrum: *Djagnostyczno-lecznicze Vademecum dla lekarzy i studentów.* Lipsk 1926,

(Johann Ambrosius Barth). Wydanie 23 z 28 rycinami. Cena 7·80 M. niem.

Od innych podobnych wydawnictw różni się „Vademecum" wydawcy Bartha tem, że nie jest ułożone alfabetycznie wedle chorób z różnych działów medycyny, lecz podzielone na część internistyczną, chirurgiczną, położniczą i t. d., a w zakresie każdej części są osobne zwyczajne poddziały. Następnie oprócz przepisów leczniczych, jak w pospolitych „Kalendarzach lekarskich" uwzględnia „Vademecum", oczywiście bardzo tylko treściwie, objawy i rozpoznanie, kładąc głównie nacisk na sprawy, w praktyce najpospolitsze. Ten układ ma widocznie wielu zwolenników, skoro „Vademecum" doszło już 23 wydania w ciągu lat 30. Od poprzednich wydań różni się to ostatnie wydanie oczywiście uwzględnieniem najnowszych zdobyczy medycyny, przyczem liczba współpracowników wzrosła z 4 na 9.

r.

Prof. Max Braun i prof. Otto Seifert: *Zwierzęce pasorzyty człowieka. Część II. Klinika i leczenie chorób, wywolanych przez zwierzęce pasorzyty człowieka.* Lipsk (Curt Kabitzsch) 1926. Wydanie 3, z 21 rycinami. — Cena 27 Mk. niem.

Niedawno zdawaliśmy sprawę z pierwszej części wielkiej monografji parazytologicznej, obejmującej historję naturalną pasorzytów zwierzęcych człowieka, a wydanej w 6 już wydaniu przez znakomitego specjalistę prof. Brauna. — Część druga, kliniczna, opracowana przez prof. Seiferta z Würzburga, ukazująca się obecnie po raz trzeci, jest uzupełniona kilku nowemi rozdziałami i udoskonalona przez liczne przeróbki, dostosowane do dzisiejszego stanu wiedzy.

r.

Simon i Redeker: *Leczenie gruźlicy dziecięcej.* (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiete der Medizin, tom 23, zesz. 6). Lipsk (C. Kabitzsch) 1926.

Praca ta stanowi dopełnienie ogłoszonych przez Simona i Redekera w temże wydawnictwie: „Würzburger Abhandlungen" broszur o ogólnej patologji i ogólnej djagnostyce gruźlicy dziecięcej, jakoteż o szczegółowej jej klinice. — Autorowie opisują leczenie zakładowe, leczenie ogólne łącznie z heljoterapją, leczenie naświetleniami sztucznemi i promieniami Roentgena, ćwiczeniami, hydroterapją, leczenie lekarstwami, odżywianiem, tuberkuliną, chemioterapją, wreszcie leczenie miejscowe gruźlicy skóry, spraw kostnych i stawowych, gruźlicy płuc i gruźlicy jamy brzusznej. Lekarstwom wyznaczają autorowie rolę zgoła podrzędną; w szczególności zajmują bardzo krytyczne stanowisko wobec leczenia wapnem i związkami krzemu (przechwalanemi przez fabryki farmaceutyczne). W odżywianiu przestrzegają autorowie przed szablonowem i bezkrytycznem tuczeniem, mogącem nieraz tylko wyzwolić skazę wysiękową. Leczenie tuberkuliną wymaga jaknajściślejszego rozpoznania stanu sprawy gruźliczej w ustroju, nie da się stosować schematycznie i opierać się musi na doświadczeniu lekarza więcej, niż na teorytycznie wysnuwanych wytycznych. Chemoterapji u dzieci dotąd właściwie nie wypróbowano; do przetworów złota należy odnosić się ostrożnie, a sami Simon i Redeker, próbując triphalu, zebrali doświadczenie niezachęcające: dzieci oddziaływały na ten środek bardzo silnie i niekorzystnie (ogólnie i miejscowo).

r.

Prof. Felix Landois: *Ropniak (empyema) opłucny i jego leczenie chirurgiczne* (Würzburger Abhandlungen, tom 24, zesz. 2), Lipsk (C. Kabitzsch) 1926.

W treściwej swej rozprawce rozpatruje Landois podział ropniaków opłucnej, zapobieganie, wskazania do leczenia chirurgicznego i jego metody, wreszcie wyniki.

r.

Klare: *Leczenie podrażniające (Reiztherapie) gruźlicy skóry* (Würzburger Abhandlungen, tom 24, zesz. 3). Lipsk. (C. Kabitsch) 1926 r.

Wyniki, osiągnięte rozmaitemi metodami, objaśnia Klare zapomocą 34 fotografij. W toczniu *(lupus)* najlepiej, zdaniem Klarego, działa pyotropina łącznie z naświetlaniem i tuberkuliną.

r.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Sbornik praci ceskoslovenské spolecnosti ortpedické. (Zbiór prac czecho-słowackiego towarzystwa ortopedycznego). Rocznik I. Zesz. 1—2. Redaktor: prof. Chlumsky.

Prof. Chlumsky: *O leczeniu początkowej skoliozy.* Skolioza występuje najczęściej we wieku dziecięcym (1—4 lat) i to często niepostrzeżenie. U starszych dzieci powstaje z powodu pogorszenia krzywicy w okresie dojrzewania płciowego, lub występuje jako schorzenie samoistne. Często skolioza towarzyszy schorzeniom mięśni ,kości i nerwów. Autor kładzie przedewszystkiem nacisk na profylaxę. Następnie poleca chorym uczyć się zachowania właściwej postawy przed lustrem, przyrządy Hoffy, Lorenza i in.; kilka godzin dziennie łóżko gipsowe.

Docent Dr. Zahradniczek: *O wrodzonych wadach kręgów i ich klinicznem znaczeniu.* Autor dzieli wady kręgów na liczbowe i morfologiczne. Liczbowe występują na granicy poszczególnych odcinków kręgosłupa n. p. I-szy krzyżowy przedstawia się jako VI-ty lędźwiowy i t. d.; morfologiczne to biffurkacja, *spina biffida* i *hemivertebra.*

Doc. Dr. Koch: *Doświadczenia nad szwem nerwowym.* Niema regeneracji nerwu bez degeneracji, jednakowoż dłuższy czas trwającej.

Prof. Chlumsky: *Obuwie a najzwyklejsze formy stopy.* Forma obuwia fabrycznego jest zanadto schematyczna i nie do każdej stopy dostosowana. Dlatego też osoby z najmniejszemi choćby wadami stopy, powinny nosić obuwie specjalnie dla tejże robione.

Dr. Irovrnalik: *Wyniki operatywnego leczenia stopy płaskiej.* Na 6-ciu przypadkach podaje autor dobre wyniki operacji Müllera, zmodyfikowanej przez Chlumskiego. Modyfikacja polega na skróceniu ścięgna *m. tibial. ant.* i przytwierdzeniu, przy ułożeniu stopy w supinacji, do okostnej *os naviculare.*

Dr. R. Nebesky: *Pokazy ortopedycznych przyrządów.* 1) Gorset extrakcyjny przy *spondilitis.* 2) Urządzenie zawiasowe dla kolana, utrudniające przesunięcie stawu ku przodowi. 3) Wkładka dla *pes equinovarus.*

M. U. Irena Klein: *Szyna dorsalna Chlumskiego, przy porażeniu m. peronei.* Opis przyrządu dla stawu skokowego, przy którym możliwa jest fleksja dorsalna, a utrudniona fleksja plantarna.

Dr. Hawranek: *Autohaemoterapia przy gruźlicy kostnej i stawowej.* Autor zaleca wstrzykiwania w okolicę ogniska chorobowego, zwłaszcza, że niema reakcji ogólnej, a efekt leczniczy jest tak samo pomyślny.

Dr. Frejka: *Wyniki operacji plastycznej m. quadriceps.* Na 17 przypadków plastyki tego mięśnia przy pomocy *m. biceps,* podpadło kontroli przypadków 13; z tego wynik ujemny w 1-ym i pogorszenie w 1-ym.

Dr. Nebesky: *Saxla Tenoidenesis.* Autor na 3-ch przypadkach tym sposobem operowanych nie stwierdził trwałego wyleczenia.

Prof. Dr. V. Chlumsky: *Leczenie chronicznych zapaleń stawowych nowym i tanim sposobem.* Dla wywołania przekrwienia danego stawu zaleca autor kąpiele w melassie.

Balneotherapeutyczne doświadczenia przy chronicznych zapaleniach stawów w Piszczanach. Autor zachwala skuteczność kąpieli z 3-ch względów: proteinoterapji, działania siarki i radjoaktywności. Wyników spodziewać się można jedynie przy zapaleniach stawów z wykluczeniem gruźlicy, *tabes* i *osteomyelitis.* Przy *arthritis deformans trophoneurotica* radzi naświetlać promieniami Roentgena okolicę rdzenia, a nie obwodowo.

Prof. Chlumsky: *Tendinitis et tendovaginitis rheumat.* Autor zwraca uwagę na schorzenie obejmujące jedynie ścięgna i ich pochewkę; zajęte są ścięgna pojedyńczo albo wszystkie razem, przyczem oprócz bolesności występuje też wysoka gorączka. Jako źródło infekcji dla stóp ,uważa długo noszone obuwie zawierające w sobie mnóstwo bakterji.

Nebesky: *Rheumatyzm na wybrzeżu adrjatyckiem.* Za silne kąpiele słoneczne wywołują pogorszenie schorzenia. Należy więc je ostrożnie stosować.

Dr. L. Graca: *Pogorszenie chronicznej arthritis po założeniu „oklusiv pessarium".* Autor opisuje przypadek pogorszenia zapalenia stawowego po założeniu *oklusivpessarium.* Dopiero wyjęcie tegoż usunęło dolegliwości chorej.

Znaczenie reakcji formolowej w ortopedji. Autor wykazuje, że tylko w tych schorzeniach ,w których jest wzmożony rozpad białka, reakcja jest dodatnia.

Bartos: *Wyniki lecznicze przy pomocy diatermji.* Autor zachwala diatermję w połączeniu z kąpielami w melassie.

Frejka: *Proteolityczne działanie terapji białkowej.* Rozpad białka w terapji białkowej jest spowodowany wzmożonym rozpadem tkanek, w miejscu ogniska zapalnego, a nie ogólnie.

J. Meisels (Lwów).

Surgery, Gynecology and Obstetric.

1926. XLII/5.

E. Mills: *Ecchinococcus u dzieci.* Przegląd odpowiedniego piśmiennictwa.

U. Maes: *Zabieg przy zupełnem wypadnięciu odbytnicy.* Autor poleca swój sposób: po odsłonięciu odbytnicy cięciem w kształcie litery Y, obejmującem swemi ramionami odbyt, zakłada on szwy poprzeczne między *m. levatores* a nie chwytające równocześnie ściany odbytnicy, tak, że po ściągnięciu szwów brzegi mięśni zbliżają się do siebie a ściana odbytnicy zostaje na pewnej przestrzeni sfałdowana i ustalona.

Th. Cherry: *Leczenie zakażeń miednicy.* W 1105 przypadkach zakażeń miednicy 88% było wywołanych przez gonococca. Z konserwatywnych sposobów leczniczych najlepsze wyniki daje diatermja, bo 66% wygojenia.

A. Brown: *Wyniki połączenia nerwu podjęzykowego z twarzowym przy porażeniu policzka.* Dwa przyp. operowane z dobrym wynikiem. (W pracy szereg porównawczych zdjęć fotograficznych).

I. Coln: *Sinus pericrani (Stromeyer).* U chorego dobrze odżywionego stwierdzono na prawej połowie potylicy, wypuklenie płaskie, nie zrośnięte ze skórą, zmniejszające się przy ucisku, przyczem badający palec wchodzi do małego otworu w kości potylicznej. Tętnienia nie stwierdzono. Rozpoznanie kliniczne, meningocele. Przy zabiegu jednak zauważono, że jest to uchyłek zatoki bocznej z nieprawidłowym otworem w czaszcze, łączącym się z *v. jugularis.*

Pierwszy opisał tę sprawę Stromeyer w r. 1850. Otwór w czaszce daje się zawsze stwierdzić klinicznie i roentgenologicznie. Leczenie chirurg.

J. Carnett: *Neuralgia intercostalis.*

H. Tront: *Dożylne podawanie mercurochromu.*

F. Rankin: *Ostra niedrożność jelit z powodu nowotworu złośliwego.* Trzy przypadki raka kiszki, powodującego ostrą niedrożność.

Mc. Kenty: *Jednoczasowe wycięcie krtani.*

E. Rubin: *Wartość kliniczna opadania ciałek czerwonych.* Autor przypisuje tej reakcji duże znaczenie rozpoznawcze.

G. Sherrill: *Pęknięcie macicy. Pęknięcie macicy w następstwie podawania pituitryny.*

T. Mason: *Wól z wytrzeszczem.* Krótka praca ogólna.

F. Rolnick: *Cewnikowanie przewodu ejaculacyjnego.* Praca doświadczalna.

D. Feiner: *Krwotok śródbrzuszny z jajnika.*

N. Jones: *Końcowe wyniki wewnętrznego leczenia wrzodu trawiennego.* Autor jest zwolennikiem wewnętrznego leczenia wrzodów.

K. Schlaepfer: *Częściowe zatkanie żyl płucnych.* Praca doświadczalna.

M. Linulicum: *Promienica podudzia (zwierzęca).*

Dodatek do chirurgji klinicznej.

Walton: Zabieg przy wrzodzie małej krzywizny żołądka.

Bagley: Zabieg przy niedojrzałej katarakcie.

Davis: Wyniki po zabiegach z powodu wargi zajęczej i rozczepu podniebienia.

Davis a. Traut: Płaty skórne.

Kelly a. Grant: Leczenie raka członka endotermją.

Gile: Ssący drenaż ponadłonowy.

Mallard: Sposób przeprowadzenia cewnika przez cystoskop bez zadraśnięcia.

Janik (Lwów).

The Journal of Nervous and Mental Disease.

T. 63. 1926 r. Nr. 6.

Minkowski E.: *Zastosowanie poglądów Bergsona do psychopatologji. (Bergon's conceptions as applied to psychopatology).* Autor sądzi, że zastosowanie poglądów filozoficznych Bergsona do psychopatologji może być owocnem i wyjaśnić wiele zawiłych zagadnień. Bergson twierdzi, że pomiędzy intellektem a instynktem istnieje różnica zasadnicza, podczas bowiem, gdy intellekt postrzega i rozważa jedynie stosunki statyczne w świecie zewnętrznym, instynkt posiada poczucie dynamiki zjawisk. To twierdzenie zastosowane do wyjaśnienia zmian psychicznych w otępieniu zwykłem i w schizofrenji rzuca właściwe światło na istotę tych zmian. Albowiem analiza zaburzeń psychicznych w bezwładzie postępującym i schizofrenji wykazuje, że w pierwszym przypadku zaburzenia dotyczą postrzegania stosunków statycznych, a więc intellektu, w drugim brak poczucia dynamiki zjawisk wskazuje na zaburzenia w dziedzinie instynktu.

Pross Moore i Irwin Sutton: *Tryparsamid w leczeniu późnych okresów kiły układu nerwowego. (Tryparsamide in the treatment of late neurosyphilis).* Zadania leczenia we wczesnych i późnych okresach kiły bywają różne. W okresach wczesnych należy dążyć do szybkiego i zupełnego wyjałowienia ustroju, w okresach późnych wyjałowienie zupełne jest niemożliwe, należy zatem skierować usiłowania ku wzmocnneniu odporności ustroju i zagojeniu zmian wywołanych przez krętki blade w tkankach, zwłaszcza w tkankach ważnych dla życia i trudno dostępnych dla leków. W późnych okresach kiły leczenie środkami, które nie zdołały w jej okresach wczesnych sprowadzić zupełnego wyjałowienia, bywa bezcelowem, a nawet szkodliwem, gdyż może osłabić odporność ustroju. Należy więc w okresach późnych kiły stosować środki o słabych właściwościach bakterjologicznych, posiadające natomiast własność łatwego przenikania do tkanek, wzmacniania ich odporności i gojenia zmian. Do takich środków należy tryparsamid (sól sodowa kwasu N.-fenyl-glycenamid-p-arsenowego). Jest to proszek biały, łatwo rozpuszczalny w wodzie, dający roczczyny trwałe. Stosuje się go w 33% rozczynie wodnym w dawkach wzrastających od 1 do 3 gramów dożylnie w ilości 8 do 10 zastrzyknięć w odstępach tygodniowych. Rozczyn winien być uprzednio przecedzony przez kłaczek waty wyjałowionej i wykazywać jedynie lekką opalescencję. Pożądane jest stosowanie wraz z trysparsafidem zastrzykiwań domięśniowych bizmutu. Wlewania tryparsamidu bardzo rzadko wywołują niepożądane działania uboczne w postaci mdłości, żółtaczki lub wybroczyn podskórnych, często natomiast występuje podniecenie płciowe. Na nerw wzrokowy tryparsamid wywiera nieraz wpływ ujemny, należy zatem stosując go baczyć pilnie na objawy wzrokowe i w razie zjawienia się ich przerwać leczenie na kilka tygodni aż objawy te ustąpią zupełnie. Leczenie tryparsamidem daje wyniki pomyślne, zwłaszcza w przypadkach niedowładu na tle kiłowem i w przypadkach wiądu rdzenia, usuwając bole i przełomy żołądkowe.

Pierce Clark: *Przyczynek do psychologji chorych cierpiących na padaczkę istotna. (A farther contribution to the psychology of the essential epileptic).* Autor, zwolennik poglądów Freuda, stwierdza u chorych padaczkowych autoerotyzm i wszelkie objawy kompleksu narcystycznego, nawet napad padaczkowy tłumaczy gwałtownym odczynem, wywołanym przez ten kompleks .Leczenie psychoanalizą ma dawać w padaczce wyniki dodatnie.

Leland Alford: *O klasyfikacji chorób umysłowych. (On the classification of the psychoses).* Klasyfikacje dotychczasowe chorób umysłowych wykazują poważne braki z tego powodu, że są oparte na podstawie etjologicznej. Autor stara się znaleźć tę podstawę etpologiczną przeprowadzając analogję pomiędzy chorobami umysłowemi, a chorobami nerwowemi powstającemi na tle słabości wrodzonej układu nerwowego (abiotrofjami). Sądzi on, że większość chorób umysłowych powstaje również na tle abiotrofji, a różnice pomiędzy poszczególnemi postaciami tych chorób zależą jak w chorobach abiotroficznych nerwowych od tego, która część układu nerwowego ulega przedewszystkiem wyczerpaniu i zmianom patologicznym. Wśród tych chorób zdarzają się zawsze trudne do zklasyfikowania postacie przejściowe, które jednak w swem podłożu dziedzicznem wykazują związek z postaciami typowemi chorób abiotroficznych.

Koelichen (Warszawa).

Medizinische Klinik.

Nr. 19.

E. Müller: *W sprawie żywienia dziecka.* Zasadnicze znaczenie dla budowy rosnącego ciała dziecka ma prawo *„minimum"* Liebiega. Fizjologiczne tworzenie tkanek może nastąpić jedynie przy pożywieniu, które zapewnia fizjologiczny stosunek poszczególnych składników różnych tkanek. Równie ważną jest forma podania ciał odżywczych; najlepsze jest podawanie choćby częściowe pokarmów świeżych, nie zdenaturowanych, które wprowadzają pewne połączenia, których sam ustrój syntezować nie potrafi i te grają czynna rolę w przemianie materji. Obecnie musi upaść dawne pojmowanie działania witamin jak okatalizatorów lub fermentów. Pojęcie witamin było pomocniczą hipotezą, której obecnie nie potrzebujemy, przyjmując, że działanie to zależy od pewnego składu ciał odżywczych. Czynniki, które zmieniają ten optymalny stan tego skomplikowanego połączenia powodują jego unieczynnienie.

Schnitzler J.: *Niezwykła wada rozwojowa połączona ze* zwężeniem ujścia żołądka. U 41-letniego mężczyzny z objawami napadów kurczowych żołądka, występujących po jedzeniu, stwierdzono na stole operacyjnym żyłę przebiegającą ponad przednią powierzchnią żołądka i powodującą stenozę ujścia żołądka. Żyła ta jest nieprawidłowo leżącą żyłą wrotną. Wykonano połączenie żołądka z dwunastnicą bez przecinania tej żyły.

Sorter A.: *Autohemoterapja w ostrym gośćcu stawowym.* Autohemoterapję należy uważać za połączenie swoistego uodpornienia z niespecyficznem leczeniem drażniącem. Wstrzyknięcie 20—40 ccm powoduje szybkie ustąpienie ostrych objawów zapalnych i bolów. W przewlocznym gośćcu gorzej działa. Pogląd, że wpływa korzystnie na zapalenie wsierdzia autohemo. ma pewne podstawy.

Springer: *Dwie duże monety w przełyku dziecka.* Na podstawie opisanego przypadku przychodzi do wniosku, że w rozpoznawaniu ciał obcych zawsze należy posługiwać się obrazem roentgenologicznym i równocześnie endoskopją, a nie polegać tylko na zdjęciu roentgenowskim.

Honigmann: *Urazowe późne przerwanie ścięgna długiego prostownika palucha.* W kilka miesięcy po zwichnięciu w stawie nadgarstkowym pęka nagle bez zadziałania jakiejkolwiek siły, ścięgno prostownika palucha. Miejsce pęknięcia leży tuż pod distalnym brzegiem więzu poprzecznego. Ponieważ końce oba są bardzo oddalone wykonano autoplastykę ,biorąc powięź szeroką uda. Mimo dłuższego czasu od urazu (zwichnięcie) musimy przyjąć związek przyczynowy między urazem i pęknięciem ścięgna.

Deicher i Lechner: *Posocznica rzeżączkowa i jej rozpoznanie.* Wykazanie gramo-ujemnych dwoinek we krwi nie wystarcza dla rozpoznania posocznicy rzeżączkowej, lecz koniecznem jest stwierdzenie ich w kulturach i serologicznemi metodami. W 2-ch opisanych przypadkach, w których za życia wykazano gonokoki, obraz kliniczny był zupełnie różny. Na płytkach agarowych z krwią często wynik bywa ujemny; lepszy jest buljon z ascites. Różniczkowe rozpoznanie musi być uzupełnione badaniem serologicznem kultur. Podana przez Cohna i Gräfenberga metoda wiązania dopełniacza dała w jednym przypadku wynik dodatni, w drugim zaś wątpliwy; to jednak jest zrozumiałem, gdyż przypadek ten miał ciężki przebieg i skończył się śmiercią.

Rütz A.: *Przygotowanie i leczenie następowe operowanych z Basedowem gynergenem (Sandoz).* Gynergen *(Ergotamintartrat)* jest środkiem negatywnie sympatikotropowym. W 11 przypadkach obserwowano przy leczeniu gynergenem chorych z Basedowem zmniejszenie ilości tętna i spadek ciśnienia krwi. U osób młodszych działanie to było wyraźniejsze. Pooperacyjne tachykardje były nie tak znaczne i nie tak długotrwałe po stosowaniu gynergenu. Z działań ubocznych wymienić należy pobudzenie do wymiotów, które utrudnia leczenie. Dawkowanie ściśle indywidualne, 2 razy dnia po 0,5 cm lub 3 razy po-0,5 ccm. Po tabletkach skutków nie stwierdzono. Także przy tachykardjach pochodzenia innego niż thyreotoksyczne wpływa korzystnie. Działanie gynergenu jest tylko przemijające.

Rady H. *Nowy narkotyk „Dilandid" (Dihydromorphinon).* Dilandid (Knoll) jest dobrym narkoticum i analgeticum. W ampułkach po 0,002 lub w pastylkach po 0,0025 (3—4 tabl. dziennie).

Edens: *Nowsze prace z dziedziny schorzeń naczyń i serca.*

Zeitschrift für die gesamte physikalische Therapie.

Band 30. Heft 4.

V. Prof. Dr. Grober (Jena). *Wskazania i zastosowanie klimatu wysokogórskiego.* Z obszernego tego tematu wybiera autor trzy punkty, mianowicie wskazania i zastosowanie klimatu wysokogór. w chorobach płuc, przemiany materji i chorobach narządu krążenia. Jako klimat wysokogórski uważa autor te warunki atmosferyczne, które panują na wyżynach od 800—18000 m n. p. morza; pod uwagę bierze tylko warunki Europy środkowej. Klimat wysokogórski odznacza się mniejszem ciśnieniem atmosferycznem, suchością, czystością, silniejszem promieniowaniem (część cieplna i chemiczna widma, działają silniej), oraz specjalnemi warunkami zachmurzenia i wiatrów; ostatnie cztery warunki zależą w znacznej mierze od położenia danej miejscowości. Klimat ten działa w sposób specjalny na organa oddechowe, pojemność oddechowa wzrasta z 5—6 litrów dochodzi na wysokości 1500 m do 7—8 litrów, a przy 2000 m wynosi 8—9 litrów; to wzmożenie trwa przez dłuższy czas, następnie się obniża.

Powodem zaś tego wzmożenia jest z jednej strony mniejsze ciśnienie i mniejsza ilość tlenu w powietrzu. Organizm stara się ten brak wyrównać głębszem oddychaniem, z drugiej strony na centrum oddechowe działają podniecająco produkta niedotlenione kwaśne (wielkie oddychanie przy *acidosis).* Po zatem na wrażliwość centr. oddech. wpływa jeszcze wedle wszelkiego prawdopodobieństwa (Lewy) stan naczyń włosowatych na dnie komory czwartej (skleroza). Pogłębienie oddychania sprowadza obniżenie ciśnienia CO_2 w pęcherzykach płucnych z 40 mm Hg (nizina), na 22 mm Hg na wysokości 1500 m. Parowanie w górach jest również szybsze, albowiem na wys. 2000 m napięcie pary wodnej w pow. jest o 50% niższe niż na nizinie. To wpływa na zagęszczanie się i zmniejszanie wydzieliny w bronchach, w końcu ukrwienie pełne jest w górach większe, skutkiem czego przerasta prawa komora serca.

Ważnym bardzo jest wpływ klimatu wys.-gór. na gruźlicę płuc. Działa tutaj zmniejszone ciśnienie powodujące większe przekrwienie płuc; fakt ten jest b. ważnym (rola przekrwienia w zapaleniach chron.), dalej czystość powietrza, suchość; najważniejszem może jest działanie klimatu wys.-gór. na przemianę materji. Wiemy, że każdy ustrój w górach zachowuje się pod względem przemiany materji jak ustrój rosnący, a więc odkłada białko, fakt niezmiernie ważny dla chorych gruźl. W końcu wzrasta wymiana gazów aż do 80%; wzrost ten zaś stoi w łączności z szybkością opadania ciałek czerw. krwi i ze zdolnością lipolityczną surowicy krwi.

Do leczenia w klimacie wys.-gór. nie nadają się wszystkie wyp. gruźlicy. Leczyć w tym klimacie możemy: 1) osoby zagrożone gruźlicą, 2) przypadki gruźlicy rozwiniętej, jeżeli znajdują się w stadjum I. lub II. wedł. Turbana, a ciepłota ich *in recto* nie przenosi 38:5° C; w stadjum III. tylko wtedy, jeżeli ciepłota utrzymuje się stale poniżej 38:5° lub wedł. podziału Aschoffa przypadki nawet ciężkie, jednak o charakt. proliferatywnym, 3) trzecią grupę stanowią przypadki o wskazaniach wątpliwych. Tu należy powikłanie gruźl. płuc u ludzi starych, anemje, zwłaszcza te, które wykazują czerw. ciał. poniżej 3,000.000 i 50—60% hemogl., w końcu przypadki gruźlicy powikłane z ogólnemi nerwicami.

Przeciwwskazania do leczenia (w kl. wys.-gór.) stanowić będą przyp. daleko posuniętej gruźli. płuc w III. st. Turbana, wykazujące ciepłotę powyżej 38.5° lub puls stale ponad 120, dalej przypadki skłonne do krwotoków, powikłania ze str. serca (wady, schorzenia mięśnia sercowego), daleko posunięta gruźl. innych narządów, choroby krwi i naturalnie formy eksudatywne. Wyjątkiem są tutaj przypadki nadające się do leczenia sztuczną odmą piersiową. a to dlatego, że leczenie odmą szt. w górach daje wyniki dużo lepsze niż na nizinach. Naturalnie każdy przypadek trzeba indywidualizować i starać się przeprowadzić badanie funkcjonalne organizmu przy pomocy metod fizykalnych (używanych w ter. fizykalnej — mechanophoto-terapja) i t. d. Bardzo dobre wyniki osiąga się w klimacie wysoko-gór. w przypadkach gruźl. powierzchownej i gruźl. grucz. oskrzelowych u dzieci. Z innych chor. narz. oddech., leczy się w klim. wys.-gór. astmę bronchialną i osiąga się wyniki b. dobre, w klimacie tym przeważnie ataki ustają, po długim zaś kilkoletnim pobycie w górach, chorzy ci w większości (80%) nawet po powrocie na niziny pozostają wolni od ataków; chorych jednak na astmę trzeba zwolna aklimatyzować, przenosząc ich coraz to do wyżej położonych miejscowości, a leczenie powinno trwać latami.

Choroby przemiany materji: w klimacie wys.-gór. przemiana materji jest żywsza, co wpływa n. p. u chorych na cukrzycę na zmniejszenie się ilości cukru i acetonu we krwi i moczu.

Do leczenia w klimacie wys.-gór. nadają się chorzy ze zwolnioną przemianą materji, dną, (wydzielanie kwasu moczowego w górach jest zwiększone) dalej rekonwalescenci, w końcu przypadki z chor. Basedowa. Działanie klimatu wys.-gór. u tych ostatnich jest niezaprzeczalnie b. korzystne, nie umiemy sobie jednak tego działania wytłumaczyć, gdyż zbytnio zwiększona przemiana materji w przypadkach chor. Basedowa, nie tylko nie zwiększa się w górach, lecz przeciwnie zwalnia, tak, że wszelkie objawy tej choroby ustępują, chorzy zaczynają przybierać na wadze. U osobników młodych otrzymuje się leczeniem klin. 40—50% wyleczeń w chor. Basedowa. Należy jednak pamiętać o tem, że tych pacjentów nie wolno od razu wysyłać do miejscowości wys. położonych, należy zaczynać od 800 m a nie przekraczać nigdy 1500 m n. p. m.

Choroby serca: u każdego normalnego człowieka możemy po przeniesieniu go do klim. wys.-gór. stwierdzić wybitne podniesienie się liczby tętna; wysokość, na której to zjawisko daje się zauważyć jest indywidualnie różną od 500—3000 m; jest to reakcja organizmu na zmniejszone ciśnienie i mniejszą zawartość tlenu w pow. U serc. chorych występuje ten objaw w większym stopniu. To też bardzo niewiele chorób narządu krążenia nadaje się do leczenia w klim. wys.-gór. Wyklucza się wady serca niekompensowane, daleko posunięte sklerozy, skazy krwotoczne. W przypadkach lekkich wad serca można ostrożnie próbować leczenia, przenosząc chorych zwolna od miejsc położonych coraz wyżej i ćwicząc w ten sposób mięsień sercowy.

I. M. Spitzer (Kraków).

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie Rok XXXVIII, zeszyt 17, z 1 września 1926: Filiński i W. Markart: Badania nad trawieniem żołądkowem pod wpływem tłuszczów. — L. Fischer: O stosowaniu pituitryny

przy krwiopluciach gruźliczych. — L. Regnuet-Sobieszczański: O cierpieniu gruczołów tchawiczo-oskrzelo-płucnych u dzieci. — A. Krause: Przypadek zapalenia przełyku, jako punkt wyjścia ostrego wielonerwowego zapalenia z zejściem śmiertelnem.

Lekarz wojskowy, Rok VII, Nr. 6, z czerwca 1926: A. Kończacki: Polowa służba zdrowia w kawalerji. — A. Zang: O stosowaniu t. zw. proteinoterapji przez lekarzy oddziałowych. — R. Węgłowski: Kilka uwag w sprawie oszczędzania materjału opatrunkowego i L. Zembrzuski: Lazaret Radziwiłłowski.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, Nr. 37, z 12 września 1926: Biologiczne metody badania leków (dok.). — Badania miodu. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, Organ ogólno-państwowego związku kas chorych w Polsce, Rok I. Zeszyt 1-szy z 20 sierpnia 1926: L. Krzywicki: Społeczeństwo jako wiąź asekuracji wzajemnej. — A. Krieger: Nowelizacja naszej ustawy o kasach chorych. — R. Buber: Kasa chorych w Małopolsce a egzekucja sądowa. — O. Einfeld: Obciążenie produkcji na rzecz ubezpieczeń społecznych w Polsce i zagranicą. — R. Kunicki: Główne źródło zatargów lekarzy z kasami chorych. — L. Frankowska: Ubezpieczenie na wypadek choroby w Anglji w świetle sprawozdania komisji ubezpieczeniowej z 22 lutego 1926 r.

Zeszyt 2-gi z 3 września 1926 r.: A. Miller: Ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, a kasy chorych. — I. Pasternak: Organizacja nadzoru i orzecznictwa w dziedzinie ubezpieczeń społecznych w Polsce. — Kryzys w związku lekarzy na tle strajku w kasie chorych m. Łodzi. — Stała szkoła kasowa. — Objazdowy lekarz specjalista. — Działalność Kasy chorych m. Warszawy w r. 1925. — L. Frankowska: Reforma ubezpieczenia na wypadek choroby w Anglji. — J. Szapiro: Ubezpieczenia wdów, sierót i starców w Anglji.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. Lechmann). 1926. (Cena zeszytu 2 M. n.).

Treść Nr. 7.: 1) Prof. Traugott: Postępowanie przy miednicy ścieśnionej. — 2) Prof. Weibel: Ciąża a aktinoterapja ginekologiczna. — 3) Prof. Sachs: Uszkodzenia kręgosłupa podczas porodu. — 4) Prof. Strassmann: Chirurgja zarośnięcia jajowodów. — 5) i 6) Prof. Lahm: Przegląd prac położniczych i ginekologicznych.

Treść Nr. 8.: 1) Prof. Więckowski: Mineralna przemiana materyj. — 2) Prof. Stejskal: Osmoterapja. — 3) Bucky: Racjonalne leczenie skóry promieniami granicznemi. — 4) Prof. Strauss: Stosunek odżywiania do stwardnienia tętnic. — 5) Prof. Lazarus: Nowe drogi aktinoterapji. — 6) Prof. Wäthjen: W sprawie patologji działania promieni. — 7) Prof. Unverricht: Roentgenodjagnostyka chorób płuc. — 8) Doc. Kretschmer: Roentgenodjagnostyka śródpiersia. — 9) Cohn: Roentgenologja dróg moczowych. — 10) Doc. Karger: Znaczenie aktinoterapji w chorobach dzieci. — 11) Laqueur: Kombinowane podniety w hydroterapji i elektroterapji. — 12) Prof. Böhm: Leczenie fizyczne chorób serca i naczyń.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 23 lutego 1926 r.

Przewodniczący wiceprezes K. Zieliński.

1) Kol. F. Przesmycki wygłosił rzecz p. t. *„Paciorkowce i etjologja płonicy"*.

2) Kol. H. Brokman wygłosił rzecz p. t. *„Patogeneza płonicy"*.

W dyskusji: 1) Kol. S. Mutermilch zaznacza, że badania Dicków wniosły wprawdzie wiele cennego materjału w sprawie patogenezy płonicy i biologji paciorkowców, jednakże własności paciorkowców nie harmonizują z charakterem płonicy pod względem epidemjologicznym z trwałością nabywanej odporności po przebyciu tej choroby oraz ze znanemi cechami zarazka płonicy, jak jego lotnością i t .p. To też należy być wysoce ostrożnym w ocenie podanych przez Dick'ów twierdzeń. Gdyby uważać za pewny fakt, przytoczony przez mówców, jakoby Dick'om udało się w eksperymentach, na ludziach wywołać za pomocą hodowli paciorkowców płonicę — przesącz zaś okazałby się nieczynnym — to bylibyśmy bliscy prawdy. Lecz godzi się zapytać, czy kilka eksperymentów na ludziach dorosłych może mieć wartość przekonywującą? Sądzić należy że nie. Sądzić raczej należy, że paciorkowce jako takie nie mają nic wspólnego z etjologją płonicy, że mamy tu do czynienia z symbjozą ich z istotnym nieznanym zarazkiem płonicy, lub też uważać je należy za czynnik wtórny t. zw. bakterje wyjściowe *(bacterie de sortie* — Nicolle'a).

2) Kol. W. Mikułowski: Ocena odporności na chorobę zakaźną prowokuje równocześnie zagadnienie chorobowości i śmiertelności na tę chorobę i porusza sprawę t. zw. *genius epidemicus*. Wniosków na odporność z odczynu skórnego Dick'ów wyciągnąć nie można, bo odporność zależna jest nietylko od samej ilości przeciwjadów, czego klasycznym dowodem jest paradoksalny objaw Kretza z królikiem uodpornionym przeciw tężcowi, który mimo to pada na tężec po wstrzyknięciu obojętnej dla zwierzęcia normalnego mieszaniny jadu i przeciwjadu. Równie dobrze zależy odporność od tkanek, od soków tkankowych, od odporności, od funkcji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem itp. Z klinicznych obserwacji nad płonicą można wnioskować po części o biologji i morfologji zarazka a mianowicie: lotności zarazka dowodzi fakt, że nie ośmielamy się trzymać chorego na płonicę podobnie jak chorego na ospę wietrzną lub odrę na sali wewnętrznej, na której trzymamy śmiało chorych z durami i paradurami. O specyficzności i o odporności zarazka świadczą dawne fakty, stwierdzane przez Pospischilla, Weissa, Leinera z okazji płonicy przyrannej.

3) Kol. L. Karwacki. Prace Dick'ów nie wnoszą nic nowego do etjologji płonicy, natomiast dużo do biologji paciorkowców. Doświadczenie z wywołaniem płonicy przez hodowle paciorkowcowe nie jest zupełnie wolne od zastrzeżeń; cytuje tu K. swoje dawne doświadczenia, kiedy za pomocą trzeciego przesiewu agarowego prątków, wyhodowanych ze krwi od chorego na ospę, udało mu się wywołać wykwity ospowe u cielęcia. W hodowli tej istniała symbioza jadu ospowego z prątkami, również i u Dicków mogła istnieć symbioza jadu płoniczego z paciorkowcami. Już Gabryczewski zwracał uwagę, że z chwilą kilku przesiewów hodowli paciorkowców coś z tej hodowli znika, co może zaważyć na wartości szczepionki. Karwacki powstaje przeciwko traktowaniu paciorkowców w drukach pracowni państwowej jako zarazka swoistego płonicy, gdyż jest to dotąd tylko hipoteza, w która obaj mówcy wkładają zbyt dużo pozoru faktu naukowego. K. nie godzi się z Brokmanem na możność istnienia w ustroju odporności takiej, która pozwala występować w całej ciągłości pewnym zaburzeniom chorobowym, zapobiegając całkowicie innym. Zachowanie się odczynu Dick'ów nie uważa Karwacki za wolne od wszelkich zastrzeżeń.

4) Kol. Sterling Okuniewski, zgadzając się w wielu dowodzeniach ze swymi przedmówcami, podnosi, że udało mu się stwierdzić podczas prac w Tow. Nauk. nad paciorkowcem Gabryczewskiego, że paciorkowiec jest stałym towarzyszem przebiegu płonicy, ale prawdopodobnie w spółżyciu z jakimś zarazkiem przesączalnym, dotychczas niewykrytym. Obecnie przemawiają za tem również doświadczenia autorów włoskich, którym udało się wywołać odczyny podobne do odczynu paciorkowcowego, nawet po podawaniu narządów zwierząt zakażonych. Ponieważ Kol. Brokman wspomniał o skutkach praktycznych, jakie wypływają z tych badań, mianowicie o szczepieniach ochronnych przeciw płonicy, przeto S. Ok. porusza tu tę sprawę. W poglądach swoich znajduje poparcie w tem, co usłyszał tego samego dnia przed południem od prof. Złatogorowa, który powrócił z Ameryki, gdzie zajmował się specjalnie odczynem Dick'ów. Otóż ten ostatni ku swemu zdumieniu przekonał się, iż w Ameryce odczyn Dicków po dziś dzień był wykonany zaledwie u 5000 dzieci: czy niezbyt pochopnie wprowadza Polska te badania w tak szerokim zakresie, skoro w ojczyźnie odczynu Dick'ów stosowano go na niewielką skalę. Nie mając naturalnie objekcji do przeprowadzania badań ściśle naukowych, St. Ok. wątpi jednak, czy metoda jaknaiszerszego stosowania — w lecznicach, nieraz nawet dla celów handlowych — da istotne wyniki. Na tak szeroką skalę badania były przeprowadzone — tylko w sąsiedniej Rosji — inne państwa robią ostrożne próby.

5) Prof. Gluziński podnosi, że pracy oryginalnej Dick'ów nie zna, zapytuje jakie objawy wystąpiły po wtarciu paciorkowca w migdałki zdrowych ludzi, czy Dick podał historję choroby tych przypadków doświadczalnej płonicy i czy to była z całą pewnością typowa płonica. Znane są przypadki, kiedy *streptococcus haemoliticus* wyhodowano w gorączce połogowej i ten ostatni dawał obraz zbliżony do płonicy. Na podstawie spostrzeżeń, i doświadczeń dotychczasowych zbyt śmiałem jest twierdzenie, że etjologja płonicy została w zupełności wyjaśniona.

6) Kol. Bukowska referuje przypadek 8-letniego chłopca, którego od dłuższego czasu obserwuje i leczy z powodu *adenopathia tracheo-bronch.* Na chorym tym dokonano ochronnego szczepienia Dick'ów przyczem dwa pierwsze szczepienia nie dały odczynu, natomiast trzecie dokonane w czterotygodniowym odstępie czasu od ostatniego dało w wyniku po 8 godzinach wysypkę ty-

pową dla płonicy (T. 39°), wymioty i anginę. Ciepłota do obecnej chwili jest wysoką i stwierdzono zapalenie mięśnia sercowego ze znacznem rozszerzeniem granic serca. Przypuszczać należy, że ostatnie szczepienie zastało organizm w stanie allergji i braku reaktywizacji. Wobec tego B. ostrzega przeciw powszechnemu szczepieniu tego rodzaju, zalecając ostrożność w stosowaniu tej metody.

7) Kol. Brokman w odpowiedzi kol. Mutermilchowi podnosi, że fakt przenoszenia płonicy drogą pośrednią (przez 3-ą osobę) przemawia za trwałością zarazka, nie zaś za jego lotnością; odporność trwała w stosunku do paciorkowców jako bakterji nie istnieje, po przejściu płonicy mamy do czynienia z odpornością antytoksyczną. Kol. Mikułowskiemu odpowiada że zarzut, że mówca nie wspomniał o *genus epidemicus*, jest nieuzasadniony, gdyż to zagadnienie nie wiąże się z tematem odczytu. Ustrój pozbawiony antytoksyny, może nie zachorować, natomiast posiadając antytoksynę — nie ulegnie chorobie. Oporność w gruźlicy polega na zupełnie odmiennym mechanizmie odpornościowym, aniżeli odporność w płonicy. Nie odpowiada obecnej wiedzy z dziedziny epidemjologji twierdzenie oponenta, że zarazek płonicy jest równie lotny jak zarazek wietrznej ospy. Są to dwa przeciwieństwa: płonica nie udziela się, o ile pomiędzy chorym a osobnikiem narażonym zachowana jest pewna odległość, natomiast za pomocą tej metody nic nie osiągniemy w stosunku do wietrznej ospy. Prof. Gluzińskiemu mówca komunikuje, że zakażenie ludzi przez Dicków hodowlą paciorkowców dały w wyniku postać chorobową o cechach płonicy (wymioty, wysypka, angina): doświadczenia te same przez się nie są absolutnym dowodem etjologji paciorkowcowej płonicy. Kol. Karwackiemu odpowiada, że mówcy nie operowali hipotezami, lecz faktami, które pozwoliły im dojść do konkretnych wniosków, potwierdzając dawne poglądy Gabryczewskiego, obecnie pogłębione i poparte doświadczeniem. Mówca nie wyklucza istnienia drugiego zarazka, przesączalnego, który pozostaje w symbiozie z paciorkowcem i wywołuje płonicę, choć bezpośrednich dowodów na to niema. Cały obraz płonicy, jej patogeneza tłumaczy się całkowicie działaniem li tylko paciorkowca hemolizującego. Kol. Sterling-Okuniewskiemu komunikuje, że zarzut dokonywania szczepień na zbyt dużą skalę nie dotyczy mówców, spostrzeżenia ich dotyczą 800 dzieci, będących w Zakładach zamkniętych. I Złatogorow uważa że paciorkowiec odgrywa pierwszorzędną rolę w patogenezie płonicy, przyjmuje on jednak istnienie dodatkowego, niewidzialnego zarazka, wyrażając się o szczepieniach ochronnych przeciw płonicy w Rosji metodą Gabryczewskiego, że są one wspaniałe. Skrzętne zbieranie spostrzeżeń klinicznych po szczepieniach jest konieczne, ale opieranie wywodów na jednym przypadku jak to czyni Kol. Bukowska nie jest słuszne.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 3 marca 1926 r.

1. Kol. Dengel przedstawia mężczyznę po operacji *zeszycia kości udowej* ze znacznem przemieszczeniem kości do 4 cm. Obecnie chory chodzi zupełnie normalnie; roentgenogram wykazuje dobry zrost i ustawienie kości.

2. Kol. Neumark wygłasza odczyt „*O zachowaniu się cukru we krwi przy kile i w niektórych chorobach skórnych w związku z patogenezą hyperglikemji i cukrzycy i z leczeniem chorób skórnych insuliną*".

Na podstawie przeszło dwustu przypadków zbadanych oraz przeszło czterech set określeń cukru metodą Bertranda we krwi całkowitej naczczo, przychodzi mówca do następujących wniosków: 1) w przebiegu kiły, zwłaszcza II-rzędnej, lecz też i III-rzędnej i utajonej, stwierdzić można poziom cukru ponad 1,2‰, a nie przewyższający 1,6‰ bez cukromoczu; hiperglikemja ta znika po ukończonem leczeniu. W rzadkich przypadkach stwierdza się hypoglikemję, t. j. poziom cukru poniżej 0,65 do 0,7‰, która ustępuje po leczeniu przeciwkiłowem. 2) Zastrzyknięcie dożylne neosalvarsanu wywołuje wstrząs, który się uwidacznia krzywą glikemiczną w postaci fal. To falowanie glikemiczne świadczy o wahaniach w napięciu układu wegetatywnego wskutek wstrząsu. 3) Również po zastrzyknięciu śródmięśniowem krwi własnej stwierdzić można falowanie glikemiczne, jako jeden z wyrazów wstrząsu. 4) W przebiegu różnych chorób skórnych stwierdzić można hyperglikemję, szczególnie przy owrzodzeniach podudzia na tle żylaków, przy łuszczycy, przy bielactwie skóry, przy chorobach swędzących, jak zliszajowacenie skóry i pokrzywka; również i w niektórych przypadkach wyłysienia plackowatego i łupieżu różowego z podrażnieniem skóry wskutek stosowania maści. 5) Leczenie insuliną owrzodzeń podudzi na tle żylaków, jak również i innych chorób skórnych z hyperglikemją jest oparte na podstawie słusznej. 6) Badanie układu wegetatywnego, głównie za pomocą metody atropinowej Danielopolu, w przypadkach kiły i niektórych chorobach skórnych wykazuje, że stan czynnościowy układu wegetatywnego odgrywa dużą rolę przy endogennej regulacji cukru. W przypadkach, hyperglikemji, stwierdzić można sympatykotonję lub hypowagotonję, przy normalnym poziomie cukru we krwi — amfotonję; przy hypoglikemji — hypoamfotonję, lub względną wagotonję.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Szyfman, Itelson, Dawidowicz i Sterling.

Sekretarz (—) *Rueger*.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

IV. Międzynarodowy Kongres medycyny i farmacji wojskowej. Na mocy uchwały Walnego Zgromadzenia III. Kongresu Międzynarodowego Medycyny i Farmacji Wojskowej, odbytego w dniu 25 kwietnia 1925 r. w Paryżu, Polska została wybrana na miejsce obrad IV. z kolei Kongresu, który będzie miał miejsce w Warszawie w r. 1927 w dniach od 30 maja do 4 czerwca włącznie. Idea urządzania Kongresów Międzynarodowych jest zasługą Belgji, która rozumiejąc potrzebę bliższego porozumienia się przedstawicieli wojskowej służby zdrowia, zaproponowała urządzenie I. Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej w Brukseli w r. 1921. Bardzo dodatnie wyniki tego Kongresu, dzięki bezpośredniemu zetknięciu się przedstawcieli służby zdrowia krajów zaprzyjaźnionych i stowarzyszonych, wymiana zdań na temat doświadczeń wojny światowej i wykorzystania ich dla potrzeb rannego, chorego, względnie zagazowanego żołnierza, spowodowały liczny zjazd przedstawicieli państw na II. Międzynarodowy Kongres w Rzymie w 1923 roku. Na III. Zjeździe w Paryżu w r. 1925 Polska była oficjalnie reprezentowana i brała czynny udział w obradach zjazdu. Uczestnicy tego Kongresu zachowali zapewne dotychczas w pamięci wspomnienia dodatnie ze zjazdu i z przyjęcia, jakie mu zgotowała stolica Francji. Zaszczytne wybranie Warszawy na miejsce obrad IV. Kongresu nasuwa obecnie potrzebę należytego zorganizowania tego Kongresu. Ustanowiony rozkazem Ministra Spraw Wojskowych Komitet Organizacyjny wszczął pracę w celu należytego przygotowania Polski i jej stolicy do przyjęcia przedstawicieli przeszło 42 państw, oraz uczestników Zjazdu w osobach oficerów służby zdrowia stanu czynnego i rezerwy. Rząd Rzpltej Polskiej powziął na posiedzeniu Rady ministrów w dn. 2 czerwca 1926 r. uchwałę, która w znacznej mierze ułatwia pracę przygotowawcze Komitetu Organizacyjnego, wzywając panów ministrów do zainteresowania się sprawą IV. Kongresu i do udzielenia wszelkiego poparcia temu Komitetowi. Pan Prezydent Rzpltej Polskiej, proszony, na mocy uchwały Rady ministrów przez delegatów p. ministra spraw wojskowych do przyjęcie protektoratu nad IV. Kongresem, raczył wyrazić swą zgodę i zainteresował się żywo sprawami Zjazdu. W skład Komitetu honorowego weszli p. premjer Bartel, ministrowie oraz przedstawiciele wiedzy i nauki polskiej. W łonie Komitetu Organizacyjnego zawiązał się również Komitet Wystawy Sanitarno-Higjenicznej, którego zadaniem jest zorganizowanie międzynarodowej wystawy wszelkiego sprzętu, służącego potrzebom służby zdrowia cywilnej i wojskowej, oraz wszelkich urządzeń sanitarno-higjenicznych czasu pokoju i wojny. Minister Handlu i Przemysłu przyrzekł pełne poparcie sprawom Wystawy Międzynarodowej, na której polski przemysł specjalnie godnie będzie reprezentowany.

„Polska Sekcja do walki z chorobami wenerycznemi, organizuje w Warszawie w Szpitalu ś-go Łazarza, uzupełniające kursy dla lekarzy z dziedziny chorób wenerycznych. Kursy te rozpoczną się w końcu października, o następującym programie: 1. „Syfilis a choroby umysłowe", Prof. Mazurkiewicz. 2. „Leczenie syfilisu", Dr. Watraszewski. 3. „Seminarjum dermatologiczne", Dr. Bernhardt. 4. „Leczenie rzeżączki u mężczyzn" oraz wykłady eugeniki, Dr. Wernic. 5. „Syfilis u dzieci", Dr. Trzciński. 6. „Prostytutki a choroby weneryczne", Dr. Mężyński. 7. „Choroby kobiece a zaraza weneryczna", Dr. Zakrzewski. 8. „Choroby skórne i weneryczne", Dr. Krysiński. 9. „Urologja i cystoskopja", Dr. Grosglik. 10. „Badania bakterjologiczne i serologiczne", Dr. Wojciechowski. 11. „Światłolecznictwo", Dr. Edward Bruner. 12. „Syfilis narządów wewnętrznych", Docent dr. Semerau-Siemianowski. 13. „Syfilis a choroby nerwowe", Prof. Orzechowski. 14. „Syfilis oka", Prof. Noiszewski. Zapisy przyjmuje dr. Burawski, sekretarz Sekcji Zapobiegania i Lecznictwa (walkii z chorobamii wenerycznemi) Polskiego T-wa Eugenicznego, w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie, Książęca 2, tel. 410-95".

Kraków.

Opłaty medyczne na Uniw. Jagiell. Do Rady wydziału lekarskiego wpłynęło 300 podań o przyjęcie na pierwszy rok studjów medycznych. Podania te będą rozpatrzone 20. b. m. na posiedzeniu Rady wydziałowej, poczem nazwiska studentów, których może być przyjętych najwyżej 110, będą ogłoszone na tablicy Uniw. Na studjum farmaceutyczne będzie przyjętych 40 studentów. Tegoroczne opłaty uniwersyteckie są następujące: wpisowe 30 zł., czesne 50 zł., pracownie 21 zł., seminarjum 9 zł., bibljoteka 6 zł., fundusz stypendjów 5 zł., pomoc w naturze 20 zł., pomoc lekarska 6 zł. Opłaty te mogą być rozłożone słuchaczom niezamożnym na 3 raty.

Wydział lekarski Uniw. Jag. w Krakowie zamierza sposobem próby urządzić w jesieni b. r. kursa lekarskie szczegółowe, obejmujące pewne ograniczone aktualne tematy z zakresu medycyny praktycznej. Kursa byłyby prowadzone przedewszystkiem praktycznie, a uczestnicy mogliby dowolnież łączyć w grupy poszczególne temata lub zapisywać się tylko na pojedynczy kurs. — Kursa te odbędą się tylko w takim razie, jeżeli zgłosi się dostateczna ilość uczestników na dany kurs. Z tego względu uprasza Komisja kursów o zgłaszanie się kandydatów najdalej do dnia 30. września do kancelarji Dziekanatu Wydziału lekarskiego. Tamże można otrzymać program tych zamierzonych kursów. Odbyłyby sie one prawdopodobnie w październiku i listopadzie b. r., zupełnie niezależnie od dwu-tygodniowych kursów ogólnych, jakie Wydział lekarski na wzór odbytych w roku bieżącym, — będzie urządzał corocznie w okresie świąt Wielkanocnych. Za Komisje Kursów: Doc. Dr. T. Rogalski, sekretarz. Prof Dr. St. Ciechanowski przewodniczący.

Krynica.

W dniu 14 września odbyło się uroczyste otwarcie nowych łazienek mineralnych w obecności J. E. Prymasa Polski ks. Hlonda, ministrów Młodzianowskiego i Raczyńskiego, gen. dyr. Dra Wroczyńskiego i wielu dygnitarzy. Poświęcenia dokonał ks. biskup Wałęga, poczem wygłoszono szereg okolicznościowych przemówień, a w końcu prof. Nadolski oprowadzał gości po nowym gmachu łazienek, zbudowanym pod jego kierownictwem i objaśniał urządzenia techniczne. Monumentalny gmach o przepięknej postaci obejmuje 220 łazienek, sale wypoczynkowe oraz portyk piętrowy z którego roztacza się wspaniały widok na Krynicę. Kotłownia zaopatruje w parę i ciepłą wodę cały gmach i pędzi elektrownię, która oświetlać będzie całą Krynicę nawet po znacznem jej rozbudowaniu, a nawet dostarczy prądu dla kolejki elektrycznej. Na razie oddano do użytku 55 łazienek, a reszta urządzona jest na pokoje mieszkalne, może jednak w każdej chwili być oddaną swemu właściwemu przeznaczeniu przez wstawienie wanien i usunięcie zamaskowań dla instalacji. — Popołudniu tegoż dnia otwarto pierwszy Zjazd Lekarski w Krynicy, urządzony staraniem miejscowego stowarzyszenia lekarskiego. W wypełnionej po brzegi sali balowej dworca zdrojowego powitał licznie przybyłych lekarzy prezes Stowarzyszenia, Dr. Wąsowicz poczem oddał głos prof. W. Orłowskiemu, który omówił „Ogólne zasady postępowania leczniczego w przewlekłych chorobach serca". Dnia 15 września rano pokazywał prof. Nadolski plany rozbudowy Krynicy oraz oprowadzał po zdrojowisku, poczem drugie posiedzenie naukowe objęło wykłady prof. Frankego: „Leczenie szczegółowe w przewlekłych chorobach serca i naczyń" Dra Z. Wąsowicza: „Leczenie przewlekłych chorób serca w Krynicy oraz doc. Sabatowskiego: „Fizjoterapja przewlekłych chorób krążenia krwi — próba syntezy". — Żywa dyskusja wywiązała się nad referatem dra Wąsowicza, przyczem podnoszono konieczność prowadzenia wzorowej statystyki chorób leczonych z powodzeniem w Krynicy oraz konieczność zakazu wydawania kąpieli leczniczych bez przepisu lekarskiego. Szeroko też omawianą była konieczność organizowania zjazdów lekarskich po wielkich zdrojowiskach Polski. Uczestnicy zjazdu w liczbie około 150 osób, w tem wybitni lekarze i profesorowie z Wilna, Poznania, Warszawy, Łodzi oraz Małopolski podejmowani byli przez oba dni bardzo gościnnie przez Stowarzyszenie Lekarskie, Komisję Zdrojową i gminę Krynicy.

Poznań.

Program III. Zjazdu Polskich Historyków i Filozofów Medycyny, który się odbędzie w Poznaniu w dniach 10. X. i 11. X. 1926 roku. I-szy dzień Zjazdu w niedzielę 10. X: Obrady przedpołudniowe: (od godz. 10—13). Zagajenie przez Przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego. Referaty: 1. Prof. Dr. Stanisław Trzebiński (Wilno). Logika medycyny w ujęciu Blane'a, Oesterlena i Biegańskiego. 2. Prof. Dr. Władysław Szumowski (Kraków). O medycynie ludów pierwotnych. 3. Prof. Dr. Henryk Nusbaum (Warszawa). Twórcza naukowa działalność Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej Warszawskiej. 4. Dr. med. i fil. Józef Fritz (Lwów). Z najstarszych źródeł do dziejów pedjatrji. 5. Dr. Zygmunt Klukowski (Szczebrzeszyn). Lekarze jako dowódcy oddziałów powstańczych w 1863 roku. 6. Dr. Wiktor Janusz (Lwów). Król Jan III jako założyciel szpitala wojskowego we Lwowie. Obrady popołudniowe: (od godz. 15—18): 7. Pułk. lek. Dr. Ludwik Zembrzuski (Warszawa). Lazaret Radziwiłłowski w Ujazdowie. Przyczynek do dziejów założenia Szpitala Ujazdowskiego. 8. Prof. Dr. Władysław Szumowski (Kraków). Sprawa Sebastjana Petrycego z Akademją Krakowską. 9. Dr. Romuald Matuszewski (Poznań). Przyczynki do życiorysu Józefa Strusia na podstawie źródeł archiwalnych. 10. Dr. Zygmunt Klukowski (Szczebrzeszyn). Sądowe procesy lubelskie w XVII stuleciu przeciwko czarownicom, oskarżonym o leczenie ludzi. 11. Dr. Romuald Wierzbicki (Poznań). Działalność społeczna Wiktora Szokalskiego. 12. Prof. Dr. Adam Wrzosek (Poznań). Dzieje antropologji w Polsce w XIX stuleciu. Po skończonych obradach zwiedzenie Seminarjum i Muzeum Historji Medycyny w Uniwersytecie Poznańskim. II-gi dzień Zjazdu w poniedziałek 11. X. Obrady przedpołudniowe: (od godz. 9—13). 13. Prof. Dr. Władysław Szumowski (Kraków). Rozkład i program wykładów historji i filozofji medycyny. 14. Dr. Wiktor Janusz (Lwów). Kartka z życia lekarzy wileńskich XVI wieku. 15. Prof. Dr. Stanisław Trzebiński (Wilno). Myśli o reformie studjów i egzaminów na wydziale lekarskim. 16. Prof. Dr. Adam Wrzosek (Poznań). Poglądy Józefa Dietla na dzieje medycyny. 17. Dr. Wiktor Janusz (Lwów). Przyczynek do dziejów szkoły położnych w Białymstoku. 18. Prof. Dr. Adam Wrzosek (Poznań). Statut Polskiego Towarzystwa miłośników historji i filozofji medycyny. 19. Dr. Zygmunt Klukowski (Szczebrzeszyn). Wiadomości o dżumie w Lublinie w r. 1625 na podstawie ksiąg miejskich lubelskich. 20. Prof. Dr. Adam Wrzosek (Poznań). Poglądy religijne naszych znakomitych lekarzy XIX i XX wieku. Zamknięcie Zjazdu. Po południu wycieczka samochodami do Kórnika lub Puszczykowa. Otwarcie Zjazdu i obrady w pierwszym dniu Zjazdu będą się odbywały w Collegium maius Uniw. Poznańskiego (b. Zamek, ul. Wjazdowa 1) w sali wykładowej N. 22 (na parterze), a w drugim dniu Zjazdu w Collegium Medicum (ul. Fredry 10) w sali wykładowej Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej. Komitet Organizacyjny: Dr. Romuald Wierzbicki, sekretarz. Prof. Adam Wrzosek, prezes.

Ze świata.

Wrzechsłowiański kongres lekarzy obradował przed kilku dniami w Belgradzie. Głównym tematem obrad lekarzy była kwestja gruźlicy u Słowian. Na pierwszem posiedzeniu kongresu przewodniczący dr. Rumenow ze Sofji skreślił statystyczne daty, odnoszące się do rozwoju gruźlicy w Bułgarji. Walka z gruźlicą trwa już 30 lat i stwierdzono rzecz ciekawą, że na wsi grasuje o wiele silniej aniżeli w mieście. Również śmiertelność wieśniaków zarażonych gruźlicą jest w Bułgarji większa niż w innych krajach. Od czasów wojny liczba gruźlików w Bułgarji się powiększyła. Największą śmiertelność osiąga ta choroba między 20 a 30 rokiem życia. Jako trzeci mówca wygłosił referat polski lekarz dr. Lepiński. Skreślił on walkę, jaka społeczeństwo toczy z gruźlicą i podał, że w Polsce istnieje obecnie 68 towarzystw przeciwko tuberkulosie. Tuberkulosa w Polsce rozszerza się bardzo silnie. Jest stwierdzone statystycznie, iż rocznie umiera na gruźlicę 25.000 osób, nie licząc tych wypadków, gdzie gruźlicy nie stwierdzono. Lekarz ukraiński Matiuszeńko stwierdził, że przed wojną gruźlica na Ukrainie porywała bardzo mało ofiar. Po wojnie dopiero silniej się rozszerzyła. Szczególnie grasuje silnie pośród dzieci. Na tem samem posiedzeniu postanowiono zwołać nastpny kongres lekarski do Warszawy.

Zmarli.

Dr. Samuel Bendel, lekarz kolejowy zmarł w Złoczowie w 53 roku życia.

Redakcja otrzymała:

St. Sterling-Okuniewski: „Gruźlica a układ wegetatywny", odbitka z „Gruźlicy" Nr. 4. z 1926.

Ten sam: Ideał lekarza u Żeromskiego, odbitka ze „Świata" Nr. 31, 1926.

Prof. K. Majewski: „Jaglica (wykład kliniczny). Wydanie nakładem Bibljoteki okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie „Lekarz praktyk" 1926.

M. S. W. Generalna Dyrekcja służby zdrowia: Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji Zdrowia Publicznego w r. 1924.